

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

JOCILENE FERREIRA TORRES

A PARTICIPAÇÃO NAS GERÊNCIAS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS/SC

2003

Jocilene Ferreira Torres

**A PARTICIPAÇÃO NAS GERÊNCIAS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Administração.

Universidade Federal de Santa Catarina.

Programa de Pós-Graduação em Administração

Área de Concentração: Políticas e Gestão Institucional.

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.

FLORIANÓPOLIS/SC

2003

Jocilene Ferreira Torres

**A PARTICIPAÇÃO NAS GERÊNCIAS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Grau de Mestre em Administração na área de concentração em Políticas e Gestão Institucional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, em sua forma final, pela Comissão Examinadora composta pelos professores:

Prof. Nelson Colossi Dr.
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora integrada pelos professores:

Prof^a Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.
Orientadora

Prof^a Valeska Nahas Guimarães, Dra.
Membro

Prof^a Rosemery Andrade Lentz, Dra.
Membro

Prof^a Hedi Crecencia Heckler Siqueira, Dra.
Membro

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2003.

*Dedico com amor e carinho a DEUS, cerne de minha existência;
e ao meu pai e à minha mãe, pela dedicação e exemplo de vida.*

AGRADEÇO

A DEUS, pelo fôlego de vida, por permitir galgar mais um degrau nesta caminhada e por fomentar essa busca insaciável pelo conhecimento;

Aos meus pais, irmãos e irmã, pelo apoio e contribuições a mim dispensados, seja por meio de gestos de carinho ou ajuda financeira; mas principalmente pelo amor incondicional direcionado e sem o qual não consigo mais viver;

Às minhas cunhadas, por agora pertencer à minha vida, não sendo mais possível vislumbrá-la sem vossas presenças;

Aos meus amados e queridos sobrinhos, pelas felicidades que me proporcionam e a importância que representam em minha vida;

À minha orientadora Alacoque, pelas orientações e presteza; por me deixar livre desvendando mistérios neste mundo tão encantado do conhecer; por permitir criar meus próprios caminhos; por acreditar que seria capaz de concretizar tão árduo e difícil desafio, e, acima de tudo, por sempre estar presente, ajudando a me levantar nos inevitáveis tropeços;

Às Professoras Valeska, Rosemary e Hedi, pelas valiosas contribuições dadas que possibilitaram enveredar novos caminhos e enriquecer meu conhecimento e, conseqüentemente, esse trabalho. Acrescem aqui, à Professora Valeska, meus agradecimentos concernentes às orientações no estágio-docência;

Ao professor Rolf, pelas orientações no estágio-docência e contribuições na dissertação;

A todos os professores que me ajudaram no período do mestrado, quando através de seus saberes permitiram minha expansão;

Aos professores Paulo Miranda e José Euzébio Aragão, pela amizade e pelo incentivo a trilhar esse caminho da docência;

Às professoras e amigas Iêda e Lillian, pelas contribuições, pelas orientações, pela disponibilidade, e, acima de tudo, pela amizade construída;

À minha amiga Flavia Luzia, que me ajudou a crescer, compartilhando conhecimentos, respeitando opiniões e diferenças: acima de tudo, pelos inesquecíveis momentos vividos;

Às minhas amigas Fabiana e Sabrina, por saber dividir não somente uma morada, mas também um período de vida, que será sempre recordado com carinho e ao qual serei eternamente grata. Registro, ainda, à Fabiana meus agradecimentos por compartilhar saberes e conquistas;

Às minhas novas mas já amadas amigas, Elaine e Cláudia, que souberam em tão pouco tempo conquistar meu carinho e respeito;

À minha sempre amiga Roseli, que apesar da distância sempre soube estar presente nos momentos em que mais precisei;

À amiga Josiane, que me acolheu no momento que mais precisei;

Às amigas Vera, Flávia Pimentel e Roselane que não foram somente colegas de mestrado, mas permitiram cativar uma amizade sincera;

Aos eternos amigos Hélio e Jean;

Ao Roberto, Wescley e Leonardo, por permitir tê-los como amigos;

Ao Abel, pela atenção, paciência e disponibilidade para a correção do português e das normas da ABNT;

Aos gerentes do HU/UFSC, por terem concedido as entrevistas, de maneira tão atenciosa e prestativa, sem as quais nunca poderia chegar a esses resultados;

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, representado pelo Diretor Geral Dr. Fernando Osni Machado, por permitir realizar essa pesquisa;

Ao Comitê de Ética, por conceder a aprovação da pesquisa;

À CAPES, pela ajuda financeira;

Ao NIEPC, pelo acolhimento;

Ao CPGA, por oportunizar esse mestrado e por dar condições para concretizá-lo;

Aos irmãos da Assembléia de Deus, pelo apoio e orações, em especial, à minha amada irmã Maria Tosta;

Aos integrantes da MEUNI, pelo companheirismo e orações;

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, registro aqui meus sinceros agradecimentos.

*Bem-aventurado o homem que encontra sabedoria, e o homem que adquire
conhecimento, pois ela é mais proveitosa do que a prata,
e dá mais lucro do que o ouro.
Provérbios 3:13-14.*

RESUMO

Na esfera administrativa, o conceito de participação é bastante discutido, apresentando-se de diversas formas. Mesmo com essas variações, a participação tem sido muito utilizada como uma forma de superar os obstáculos enfrentados no âmbito organizacional. A problemática deste trabalho tem em vista que: o hospital é considerado uma das organizações mais complexas do sistema de saúde; o hospital público tem enfrentado vários entraves oriundos das políticas de saúde do País, tendo como agravantes sua forma de gestão, baseada na intuição e no improviso, e seus gestores, que normalmente não estão preparados para atividade gerencial tão complexa; os hospitais universitários, além dessas dificuldades, ainda se encontram submetidos às políticas de educação. Neste sentido, o estudo consiste em analisar a participação existente nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC. Inicialmente, pesquisou-se na literatura a história das políticas de saúde do País, notadamente no que concerne aos hospitais, bem como se buscou entender o papel do gerente num âmbito hospitalar, e a importância da participação e as suas diferentes formas e níveis num ambiente organizacional. A parte empírica deste trabalho constituiu-se em um estudo de caso, com abordagem qualitativa, sendo utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Esta pesquisa teve três etapas: a primeira foi sair a campo para coleta das entrevistas; depois, partiu-se para a descrição dos achados; por fim, foi elaborada a síntese reflexiva desses dados, considerando-se alcançar o objetivo de analisá-los. Com a análise da pesquisa, emergiram quatro categorias: o significado da participação para os gerentes; as formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC; a manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC; e como são processos de participação “nos” e “entre” os setores. As conclusões, apesar de mostrarem que leves mudanças vêm ocorrendo, reforçam a urgência de uma participação efetiva nas relações de trabalho desses gerentes. Conclui-se também que é necessário persistir na idéia de que a participação não pode ser entendida somente como uma forma de gestão, mas, acima de tudo, como uma fomentadora para a reconstituição dos indivíduos políticos.

Palavras-chaves: Administração Hospitalar; Participação nas gerências; Hospital Universitário

ABSTRACT

In the administrative sphere, the participation concept is quite discussed, coming in several ways. Even with those variations, the participation has been very used as a form of overcoming the obstacles faced in the organizational ambit. The problematic of this work has in mind that: the hospital is considered one of the most complex organizations of the health system; the public hospital has been facing several conflicts originated in the national policies of health, having as added difficulties its administration form, based on the intuition and the improvisation, and its managers, that are not usually prepared for such complex managerial activity. And the academic hospitals, besides these difficulties, are still submitted to the education policies. In this sense, this study consists of analyzing the existent participation in the work relationships of HU/UFSC's managers. Initially, we researched in the literature the history of the national policies of health, especially the hospitals concerns, as well as we attempted to understand the manager's role in a hospital ambit, and the importance of the participation with its different forms and levels at organizational atmosphere. The empiric part of this work was constituted in a case study, with qualitative approach, using Bardin's analysis of content. This research had three stages: the first was going to field for collecting the interviews; then, we made a description of the discoveries; finally, the reflexive synthesis of those data was elaborated, attempting to reach the objective of analyzing them. With the analysis of the research, four categories emerged: the meaning of the participation for the managers; the forms and the conditions of the participation faced by the HU/UFSC's managers; the manifestation of the power in the work relationships of HU/UFSC's managers; and how are participation processes "within" and "between" the sections. In spite of the conclusions show that slight changes are happening, they reinforce the urgency of an effective participation in the work relationships of those managers. It is also concluded that it is necessary to persist in the idea that the participation cannot only be understood as an administration form, but, mainly, as a promoter for the political individuals' rebuilding.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Graus de participação..	90
FIGURA 02 – Comparação entre participação direta e indireta..	94
FIGURA 03 – <i>Continuum</i> das formas de gestão.	96
FIGURA 04 – Formas de participação.	97
FIGURA 05 – Níveis organizacionais.....	112
FIGURA 06 – Distribuição dos gerentes do Hospital Universitário por níveis de acordo com o seu organograma.....	113
FIGURA 07 – Relação de documentos exigidos pela Comissão de Ética.	121
FIGURA 08 – Categorias construídas a partir dos dados estudados.....	124
FIGURA 09 – Categoria 1: O SIGNIFICADO DA PARTICIPAÇÃO PARA OS GERENTES DO HU/UFSC.	125
FIGURA 10 – Unidades de Registro da Categoria Temática INTERAGIR.	127
FIGURA 11 – Unidades de Registro da Categoria Temática INTEGRAR/ PERTENCER. .	128
FIGURA 12 – Unidades de Registro da Categoria Temática COLABORAR.	129
FIGURA 13 – Unidades de Registro da Categoria Temática DECIDIR.	130
FIGURA 14 – Unidades de Registro da Categoria Temática TER CONVICÇÃO.	131
FIGURA 15 – Unidades de Registro da Categoria Temática SABER OUVIR.	132
FIGURA 16 – Categoria 2: AS FORMAS E OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS GERENTES DO HU/UFSC.	132
FIGURA 17 – Unidades de Registro da Categoria Temática ENVOLVE-SE DIRETAMENTE NA AÇÃO.	134
FIGURA 18 – Unidades de Registro da Categoria Temática ENVOLVER-SE INDIRETAMENTE NA AÇÃO SEM NECESSARIAMENTE ESTAR PRESENTE .	135
FIGURA 19 – Unidades de Registro da Categoria Temática PARTICIPAR POR MEIO DO DOMÍNIO.	137
FIGURA 20 – Unidades de Registro da Categoria Temática PARTICIPAR POR MEIO DE CONSULTA.....	137
FIGURA 21 – Unidades de Registro da Categoria Temática INCENTIVAR ATRAVÉS DE REUNIÕES.	140

FIGURA 22 – Unidades de Registro da Categoria Temática INCENTIVAR POR CONTATO FORMAL	141
FIGURA 23 – Unidades de Registro da Categoria Temática INCENTIVAR POR CONTATO INFORMAL	142
FIGURA 24 – Unidades de Registro da Categoria Temática VALORIZAR AS PESSOAS, PERMITINDO A EXPOSIÇÃO DE IDÉIAS E OPINIÕES	143
FIGURA 25 – Unidades de Registro da Categoria Temática OPORTUNIZAR CURSOS E EVENTOS	144
FIGURA 26 – Unidades de Registro da Categoria Temática DEMONSTRAR RECONHECIMENTO	145
FIGURA 27 – Unidades de Registro da Categoria Temática DAR EXEMPLO	146
FIGURA 28 – Unidades de Registro da Categoria Temática EXPERIÊNCIAS	148
FIGURA 29 – Unidades de Registro da Categoria Temática MANTER O QUE JÁ EXISTIA	149
FIGURA 30 – Unidades de Registro da Categoria Temática PERMITIR MELHOR ORGANIZAÇÃO E MAIS AGILIDADE NO SETOR	150
FIGURA 31 – Unidades de Registro da Categoria Temática ESTAR DE ACORDO COM AS PRÓPRIAS CONVICÇÕES	150
FIGURA 32 – Unidades de Registro da Categoria Temática GARANTIR MELHOR ASSISTÊNCIA E CRESCIMENTO A TODOS	151
FIGURA 33 – Unidades de Registro da Categoria Temática ESTAR INFORMADO DE TUDO QUE ACONTECE COM A APROXIMAÇÃO DAS ÁREAS OPERACIONAL E ESTRATÉGICA	152
FIGURA 34 – Unidades de Registro da Categoria Temática SENTIR-SE PARTE DO PROCESSO, MAIS VALORIZADO	154
FIGURA 35 – Unidades de Registro da Categoria Temática TORNAR AS PESSOAS CO-RESPONSÁVEIS	154
FIGURA 36 – Unidades de Registro da Categoria Temática PERMITE ALCANÇAR OS OBJETIVOS E OS RESULTADOS MAIS RAPIDAMENTE	155
FIGURA 37 – Unidades de Registro da Categoria Temática DESPREPARO DAS PESSOAS	157
FIGURA 38 – Unidades de Registro da Categoria Temática PROCESSO DIFÍCIL E TRABALHOSO	158
FIGURA 39 – Unidades de Registro da Categoria Temática SER RECONHECIDO	163

FIGURA 40 – Unidades de Registro da Categoria Temática TRABALHAR NUM HOSPITAL.....	164
FIGURA 41 – Unidades de Registro da Categoria Temática CONVIVER DIARIAMENTE COM A CHEFIA.....	164
FIGURA 42 – Unidades de Registro da Categoria Temática CONHECER O TRABALHO DA CHEFIA.....	165
FIGURA 43 – Unidades de Registro da Categoria Temática EXISTÊNCIA DE ESPAÇO.....	166
FIGURA 44 – Unidades de Registro da Categoria Temática POSSUIR FLEXIBILIDADE DE HORÁRIO.....	167
FIGURA 45 – Unidades de Registro da Categoria Temática TER RESPONSABILIDADE.....	167
FIGURA 46 – Unidades de Registro da Categoria Temática ELEGER AS CHEFIAS.....	168
FIGURA 47 – Unidades de Registro da Categoria Temática PROCESSO EDUCATIVO.....	168
FIGURA 48 – Unidades de Registro da Categoria Temática AS REUNIÕES.....	169
FIGURA 49 – Unidades de Registro da Categoria Temática CONVÍVIO COM O CHEFE.....	173
FIGURA 50 – Unidades de Registro da Categoria Temática MOROSIDADE.....	173
FIGURA 51 – Unidades de Registro da Categoria Temática SALÁRIO.....	174
FIGURA 52 – Unidades de Registro da Categoria Temática TER MAIS DE UM EMPREGO.....	175
FIGURA 53 – Unidades de Registro da Categoria Temática NÃO RECONHECIMENTO.....	176
FIGURA 54 – Unidades de Registro da Categoria Temática FALTA DE RECURSOS.....	177
FIGURA 55 – Unidades de Registro da Categoria Temática AUTORITARISMO.....	178
FIGURA 56 – Unidades de Registro da Categoria Temática ESTABILIDADE.....	178
FIGURA 57 – Unidades de Registro da Categoria Temática ACOMODAÇÃO.....	179
FIGURA 58 – Unidades de Registro da Categoria Temática FALTA DE TEMPO PARA REFLETIR.....	180
FIGURA 59 – Unidades de Registro da Categoria Temática EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS.....	180
FIGURA 60 – Categoria 3: A MANIFESTAÇÃO DO PODER NAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS GERENTES DO HU/UFSC.....	181
FIGURA 61 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR COMISSÕES.....	182
FIGURA 62 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR DECISÕES.....	183
FIGURA 63 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA.....	184

FIGURA 64 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DE REPRESENTANTE.....	185
FIGURA 65 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DE REGRAS.....	186
FIGURA 66 – Unidades de Registro da Categoria Temática PROFESSORES.....	187
FIGURA 67 – Unidades de Registro da Categoria Temática DESENTENDIMENTO ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM.....	188
FIGURA 68 – Unidades de Registro da Categoria Temática PODER SUTIL.....	188
FIGURA 69 – Unidades de Registro da Categoria Temática MÉDICO COMO FIGURA MAIS IMPORTANTE.....	189
FIGURA 70 – Unidades de Registro da Categoria Temática RESISTÊNCIA.....	190
FIGURA 71 – Unidades de Registro da Categoria Temática PODER PESSOAL.....	191
FIGURA 72 – Unidades de Registro da Categoria Temática NÃO SE COMPORTAR COMO O DONO DA VERDADE.....	191
FIGURA 73 – Unidades de Registro da Categoria Temática DIVERSIDADE DE PESSOAS.....	192
FIGURA 74 – Categoria 4: OS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO “NOS” E “ENTRE” OS SETORES.....	192
FIGURA 75 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA ALFA.....	195
FIGURA 76 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 1.....	196
FIGURA 77 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 2.....	197
FIGURA 78 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 3.....	199
FIGURA 79 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA BETA.....	200
FIGURA 80 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 1.....	201
FIGURA 81 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 2.....	203
FIGURA 82 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 3.....	204

FIGURA 83 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 4.	205
FIGURA 84 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA DE GAMA.	206
FIGURA 85 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DE GAMA 1.	207
FIGURA 86 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 2.	208
FIGURA 87 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 3.	210
FIGURA 88 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 4.	211
FIGURA 89 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA DELTA.	211
FIGURA 90 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 1.	213
FIGURA 91 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 2.	214
FIGURA 92 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO “ENTRE” OS SETORES.	216
FIGURA 93 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DE COMISSÕES E/OU GRUPOS INTERDISCIPLINARES.	216
FIGURA 94 – Unidades de Registro da Categoria Temática DIRETAMENTE.	217
FIGURA 95 – Unidades de Registro da Categoria Temática OCORRE POR MEIO DA HIERARQUIA.	218
FIGURA 96 – Unidades de Registro da Categoria Temática AS CATEGORIAS TRABALHAM ISOLADAMENTE.	220

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo

CD – Conselho Diretor

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

DG – Diretoria Geral

DOH – Divisão de Organização Hospitalar

FAE – Fração Assistencial Especializada

FECAM – Federação Catarinense de Municípios

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde

HU – Hospital Universitário

IDE – Industrial Democracy in Europe

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IVH-E – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PIASS – Programas de Interiorização da Assistência à Saúde e Saneamento

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SADT – Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia

SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SH – Serviços Hospitalares

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SP – Serviços Profissionais

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFA – Teto Financeiro de Assistência

TFAE – Teto Financeiro da Assistência do Estado

TFAM – Teto Financeiro da Assistência do Município

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VD – Vice-Diretoria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Problemática de Estudo e Justificativa do Tema.....	27
1.2 Objetivos da Pesquisa.....	31
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
2.1 Políticas de Saúde no Brasil	33
2.2 Sistema Único de Saúde – SUS.....	39
2.2.1 O Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina	45
2.3 Hospital.....	47
2.3.1 O Hospital no Brasil	57
2.3.2 Classificação dos Hospitais	60
2.3.3 Gerência Hospitalar	63
2.3.4 Gerência.....	71
2.3.5 Formas organizativas.....	77
2.4 Participação	84
2.4.1 Níveis, graus e condicionantes da participação	88
2.4.2 Formas de participação.....	90
2.5 O Hospital Universitário.....	101
2.5.1 Hospital Universitário – HU/UFSC.....	104
3 METODOLOGIA.....	107
3.1 A Pesquisa	107
3.2 Método de Estudo de Caso	108
3.3 Coleta de Dados.....	110
3.4 Sujeitos da Pesquisa	112
3.5 Registro dos dados.....	115
3.6 Análise de Dados.....	115
3.7 Aspectos Éticos	120
4 DESCRIÇÃO DOS DADOS.....	123

4.1 O significado da participação para os gerentes do HU/UFSC	124
4.2 As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC	132
4.3 A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC.....	181
4.4 Como são os processos de participação “nos” e “entre” os setores	192
5 SÍNTESE REFLEXIVA SOBRE OS DADOS	221
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	260
7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA PESQUISA	269
REFERÊNCIAS	271

1 INTRODUÇÃO

As mudanças fazem parte da vida e são necessárias para o seu crescimento e a sua melhoria. No entanto, a agilidade em que esta ocorre é impressionante. Antes se podia acompanhar passo a passo às descobertas, criações, invenções. Tinha-se tempo de duvidar, questionar, e às vezes demoravam-se anos para aprovar a validade da mudança e adaptar-se a ela. Atualmente, no entanto, só se consegue acompanhar os resultados das descobertas, uma vez que elas são variadas e acontecem rapidamente, dificultando e, às vezes, impossibilitando o acompanhamento de seus passos, e quando se pensa em questionar ou adaptar-se, surgem novas mudanças para serem analisadas.

Nesta realidade pode-se encontrar simultaneamente a relação passado-presente que, em decorrência dessas tão ágeis e rápidas mudanças, confundem-se, convivem, integram-se e conflitam-se. Nota-se num mesmo contexto a presença do individualismo e da parceria; da certeza e da incerteza; do simples e do complexo; da medicina com ênfase na cura e da tendência para prevenção e terapias genéticas; das cirurgias invasivas e das cirurgias não-invasivas videolaparoscópicas (a cirurgia dos furinhos), entre outros.

Garfield (1993) ressalta o exposto quando comenta que o mundo antes era previsível, as mudanças não ocorriam freqüentemente, sua consolidação era lenta, de forma que se podia estudar e se adaptar à nova situação de maneira gradativa. O mercado era dominado pela produção em massa, sendo a função do trabalhador executada através de tarefas simples e repetitivas. No entanto, agora, observa-se que o mundo é visto como um universo em constante fluxo, longe de ser estático e previsível, não se possui mais o conceito de produção de massa, incorporou características diferenciadas que possibilitam a satisfação dos desejos de clientes específicos. Sendo assim, percebe-se que o mercado tem se desintegrado, e se

subdividido constantemente em nichos cada vez menores, a fim de acompanhar e atender às novas exigências dos consumidores que tendem a se multiplicar continuamente. Nessa tessitura faz-se necessário que as organizações possuam velocidade, flexibilidade e reações rápidas.

Percebe-se também que neste novo mundo a organização não é mais vista como uma máquina, mas sim como um ecossistema vivo¹ e dinâmico, como uma comunidade que evolui constantemente, em resposta ao seu ambiente. Ela está sendo entendida como uma corporação que faz parte de um todo integrado, de um mundo complexo, interligado e que necessita que seus integrantes também estejam conectados e que sejam participativos. O enfoque passa a ser dado na cooperação, na realização de grupo que integram esforços individuais.

De acordo com Garfield (1993), essa tendência de valorizar a colaboração e a união de esforços deriva da necessidade de requerer melhoria contínua nos produtos e serviços, e para enfrentar os problemas que não podem mais ser resolvidos isoladamente, é necessário que exista parceria, cumplicidade entre os indivíduos, para que possam lidar com os desafios do mundo.

Ao analisar esta realidade e considerar as condições passadas e atuais do Brasil, principalmente nas organizações públicas, em especial, a do setor saúde, nota-se que essas organizações vivenciam uma crise profunda na sua história. Para os autores Neto e Terra (1998) e Lima (1996), isto ocorre porque elas não estão acompanhando e reagindo às rápidas mudanças e exigências de mercado, apresentando baixa qualidade, ineficiência e iniquidade para atendê-lo. Desta forma elas se contrapõem às condições necessárias para garantir a sua sobrevivência no atual mercado.

¹ Ver de Geus (1999). O autor sistêmico vê as organizações como um sistema vivo. Morgan (2000) também trabalha com a organização visualizando-a sob oito metáfora e uma delas vê a organização como organismo vivo.

Rodrigues Filho (1994), porém, afirma que esta situação não se deve à falta de recursos financeiros, mas à forma da sua aplicação, pois o Brasil é um dos países em desenvolvimento que mais gastam em saúde, e mesmo assim a maioria da população não consegue um tratamento adequado a suas necessidades, visto que os serviços são fragmentados, localizados de maneira inconveniente e oferecidos em momentos inoportunos, havendo também desigualdade quanto à distribuição de recursos.

Para contornar esses problemas, nos últimos anos foram feitas inúmeras reformas administrativas no setor de saúde do País. No entanto o sistema permanece ainda com uma série de imperfeições. Rodrigues Filho (1994) atribui este acontecimento à falta de controle gerencial e à forma clientelista, paternalista e familiar da administração. Para ele, tais modelos não prestam mais para atender às necessidades e os desafios que as organizações estão enfrentando, de forma que as que priorizavam o lucro imediato em detrimento do bem-estar do consumidor estão fadadas ao fracasso, principalmente porque, numa economia de mercado, a sobrevivência organizacional dependerá da sua competência e produtividade.

Já Vecina Neto e Malik (1998), Barbosa e Lima (1996) acreditam que esta crise no sistema de saúde, em particular nos hospitais, é decorrente de três dimensões: estruturais, organizacionais e individuais. As primeiras estão relacionadas com duas determinantes, uma refere-se à histórica fragilidade da política de saúde, que possui pouca interação com as demais políticas sociais e econômicas; a outra se contrapõe à idéia de Rodrigues Filho (1994), pois afirmam que a estrutura financeira dispõe de poucos recursos para o funcionamento adequado do setor.

As dimensões organizacionais são condicionadas pelas estruturais. No nível organizacional pode-se encontrar: pouca clareza quanto aos objetivos; falta de profissionalização de gestores; falta de capacitação e desenvolvimento de pessoal; escassez de

recursos financeiros e insuficiência de instrumentos de gestão, como planejamento, orçamentos, custos, etc.; considerando ainda que há uma ausência de padrões internos e externos de comparação entre serviços de mesmas características, o que limita a busca da eficiência e eficácia da organização.

Nas causas de caráter individual estão as limitações profissionais dos gerentes provocadas pela instabilidade do cargo, visto que estão sujeitos a trocas repentinas; como também a sua incapacidade de lidar com a desmotivação dos funcionários, no sentido de oferecer os objetivos organizacionais claros, como forma de no mínimo garantir algum grau de compromisso com a organização ou ao menos com suas tarefas.

Pode-se perceber que essas dimensões na realidade são oriundas da própria evolução do sistema saúde² e da rede hospitalar que teve como base interesses de grupos e políticas localizadas. Mais uma vez reforça-se a grande importância da escolha dos instrumentos gerenciais na organização, uma vez que eles vão contribuir para maior racionalização na utilização de recursos disponíveis, visto que não adianta maior quantidade de recursos se não houver a sua adequada utilização, pois, se assim for feito, só aumentarão os custos, sem melhorarem os serviços (LIMA, 1996).

Segundo Gonçalves (1998), os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações de nossos dias, e são considerados umas das instituições fundamentais da comunidade. O autor avalia essa importância pelo grau de relações que eles mantêm com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial que exerce na vida das pessoas, no nascimento, na doença e na morte.

² A evolução do sistema de saúde é tratado mais detalhadamente na fundamentação teórica dessa dissertação.

Também, destaca-se o fato do hospital ser uma das organizações mais complexas, é formado por diversos hólons³ que são suas equipes (subsistemas), e ao mesmo tempo em que é um todo maior para elas, é também um subsistema (hólon) do sistema de saúde, assim, como este é parte (hólon) da sociedade. Portanto, cada um é parte e todo ao mesmo tempo, onde se complementa e mantém um equilíbrio entre auto-asserção e integração, entre autonomia e comunidade.

Partindo destes fatos, crê-se que é bastante importante a questão gerencial do hospital, visto que somente através de uma boa gerência pode-se atingir seus objetivos de forma satisfatória. Também é importante levar em conta que os seus serviços não podem ser refeitos ou eliminados quando imperfeitos, uma vez que estão envolvendo a vida das pessoas, o que requer erro igual a zero. Portanto, estudar o hospital torna-se relevante, dado ao fato que ele é considerado a organização mais complexa do setor de saúde (CECÍLIO, 1997), pois além de ser constituído por fenômeno complexo é ambíguo e paradoxal, de difícil apreensão (LIMA, 1994 apud LIMA, 1996).

A problemática do gerenciamento, segundo alguns autores, contribui para o fracasso do sistema de saúde. Tal fato é comprovado pela estrutura formal de alguns hospitais, onde se encontra na função administrativa o diretor clínico, que não tem nenhuma qualificação gerencial, tendo seus interesses voltados para a prática médica. Tanto para o autor citado como para Neto e Terra (1998), a função administrativa deve ser ocupada por profissional com treinamento gerencial avançado, possuidor de uma gama de conhecimentos e habilidades

³ Segundo Garfield (1993, p.13) “o filósofo Arthur Koestler cunhou o termo hólon para descrever os subsistemas da natureza que são todos e partes de um todo maior. Por exemplo, uma árvore é um hólon, um todo que depende de um sistema maior – o ambiente – para a sua existência [...] tem duas tendências opostas: uma tendência integrativa, para funcionar como parte do todo maior, e uma tendência auto-assertiva, para preservar sua autonomia”. Tal termo oriundo da abordagem holística.

das áreas de saúde e de administração, como também ter uma visão geral do contexto em que está inserido, além de um forte compromisso social.

Cabe também lembrar que na área de saúde, devido às burocracias, os profissionais deparam com sérios desafios que nem sempre são encontrados em outros tipos de organizações, pois os médicos são profissionais que sempre causam problemas operacionais, uma vez que em geral, não suportam a vida organizacional, ou até mesmo por falta de conhecimento. Isto complica a vivência, dado o fato de que a ciência precisa de autonomia e, em contrapartida, a organização precisa de interação. Agora que as organizações estão se tornando mais complexas e os custos estão aumentando de maneira acelerada, a adoção de técnicas do processo gerencial torna-se essencial e indispensável para o processo decisório (RODRIGUES FILHO, 1994).

Outro fato é que os administradores hospitalares possuem pouco poder e autoridade, visto que estas organizações apresentam um elevado grau de profissionalização e especialização, criado por esses sérios problemas operacionais, em que o controle das atividades de seus principais membros – médicos – provoca dificuldades para que elas funcionem de maneira eficiente.

Para Carvalho (1995) este cenário exige uma grande necessidade de os gerentes serem preparados para interpretar e trabalhar em cenários ambíguos e conflitantes de maneira que garanta a sobrevivência e o crescimento da organização, visto que essa se encontra em um mundo que se caracteriza pela complexidade, instabilidade e incerteza. Por isso é necessário que no hospital, como em qualquer outra organização, haja cooperação entre os funcionários, que esses sejam participantes e trabalhem em grupo e que unam seus esforços individuais para garantir sua sobrevivência. Portanto, é necessário que o gerente crie um ambiente

participativo garantindo o crescimento e desenvolvimento das pessoas, abrangendo tanto o nível pessoal, profissional, organizacional e social.

Porém, Reddin (1981) acredita que é necessário conhecer primeiro as expectativas dos trabalhadores, visto que os efeitos dos estilos de gerência são determinados pelas expectativas dos funcionários em relação à forma como esperam ser tratados e às mudanças que esperam ser introduzidas no comportamento ou na produção. Afirma-se que nenhum estilo gerencial é mais eficaz do que o outro, sua eficácia depende da sua adequação à situação em que é exposto.

A necessidade de verificar a participação das pessoas envolvidas neste sistema parte do pressuposto que ela permite que o hospital adapte-se de forma constante ao meio em que está inserido. Visto que não se pode escapar da evolução acelerada e complexa, e como ele possui sérias restrições referentes, principalmente, aos orçamentos financeiros, surge a impossibilidade de atender de maneira satisfatória às fortes pressões de reivindicações sociais por melhores serviços, uma vez que surgem novas patologias que nem sempre o hospital está preparado para enfrentar, como também novas tecnologias que lhe são úteis e necessárias. Sendo assim, uma das suas únicas fontes para qualidade dos serviços são seus recursos humanos, embora esses também às vezes se encontrem debilitados e problemáticos.

No entanto, a participação não deve ser entendida como uma ferramenta que aumenta a produtividade e qualidade. Ela é importante, porque por meio do processo participativo é possível que todos ajam dentro do contexto em que se encontram, proferindo suas idéias, integrando interesses e conseqüentemente permitindo que se tenha melhor visibilidade e articulação da realidade, e dessa maneira torna-se possível atender e se adaptar às mudanças rapidamente e satisfatoriamente. Dessa maneira, surgiu esta dissertação: A participação nas gerências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

No primeiro capítulo, são apresentadas a problemática de estudo e a justificativa do tema, bem como os objetivos da pesquisa. No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica que sustenta esse estudo. No terceiro, apresenta-se a metodologia que foi aplicada para realizar esse trabalho. No quarto, são descritos os achados nas entrevistas, constituindo-se o capítulo seguinte de uma síntese reflexiva sobre eles. No sexto capítulo, a pesquisadora fez suas considerações finais, resgatando os objetivos e respondendo-os. E finalmente, no último, foram apresentadas as limitações e as recomendações desse trabalho.

1.1 Problemática de Estudo e Justificativa do Tema

Diferentes formas de participação têm sido utilizadas para superar os problemas organizacionais gerados, muitas das vezes, por conflitos existentes entre o indivíduo e a organização. Para Mendonça (1987), a participação é responsável pela redução da alienação⁴ e o aumento do moral, além de que na esfera organizacional, ela vai assegurar a eficácia e aumentar a produtividade; como também estimular a harmonia e enriquecer a personalidade das pessoas.

Pateman (1992) apregoa que a participação reformula o processo de tomada de decisão. Ela deixa de ser exclusividade da gerência, e passa a incentivar e permitir que os trabalhadores participem das atividades na organização, ultrapassando, portanto, um nível micro, e chegando a um nível macro, envolvendo um esforço grupal de vários subconjuntos

⁴ De acordo com Guerreiro Ramos (1981) o conceito de alienação é de origem hegeliana, sendo Hegel o primeiro a tratar do assunto no plano filosófico, no qual apregoava que a alienação se confundia com a objetivação, considerando assim que toda a exteriorização ou objetivação do homem o aliena, em contrapartida Marx não considerou a objetivação como alienação, ele a considera como uma modalidade histórica de exteriorização humana, que jamais admite solução de pensamento. Não obstante, a alienação para ambos “é referência teórica essencialmente destinada à crítica macro-histórica ou macrossocial, ou da situação do homem no mundo” (p. 54). Guerreiro Ramos ainda discrimina três sentidos da palavra: auto-alienação, reificação e privação de poder, que é trabalhado em seu livro “Administração e contexto brasileiro”.

que se inter-relacionam. No entanto, não se deve esquecer que a participação não é um assunto recente, suas idéias envolvem razões de cunho político, econômico, social e cultural peculiares a cada povo.

Sabe-se que os estilos de gerência mudaram muito de Taylor até os dias atuais. O maior acesso ao conhecimento através dos meios de comunicação proporciona a proliferação das idéias e possibilita um debate ideológico entre as diversas classes sociais. O avanço tecnológico e a diversidade das especializações nas empresas também permitem redistribuir o conhecimento e possibilitar soluções internas de problemas, refletindo nas relações interpessoais das organizações que vão mudando, pois se cria cada vez mais um desenvolvimento de uma consciência crítica em relação ao contexto sócio-econômico, cultural e político. Esta intensa velocidade nas mudanças torna obsoletos produtos, serviços e até estruturas organizacionais existentes, o que torna as gerências vulneráveis ao ambiente externo, exigindo respostas imediatas a essas constantes exigências do mercado.

Nos últimos anos, a mudança e a inovação tornaram-se uma questão crucial para a sobrevivência da organização, por isso vários modelos gerenciais têm sido desenvolvidos, como uma maneira de enfrentar as turbulências do ambiente e a necessidade de inovação contínua.

De acordo com Mello (2000) essas novas organizações procurarão desenvolver culturas flexíveis e pragmáticas que promovam a criatividade, além disso, serão mais achatadas, e reduzidas em termos de burocracia organizacional, menos complexas e mais responsáveis, e todos trabalhadores serão envolvidos no processo, o que aumentará sua motivação. A autora acrescenta que tratar os trabalhadores como parceiros, com respeito e dignidade, pode aumentar a produtividade e qualidade, visto que tais tratamentos despertam suas energias e talentos. Segundo ela, Peters e Waterman (1989) comentam que formas

simples, e pequenos modos de administrar como esses têm mostrado eficácia, em empresas inovadoras, anti-hierárquicas, com sistemas de retribuição baseados na contribuição de cada um para com a organização e não com base funcional.

Comentários como esse mostram que a participação ainda está sendo aplicada visando fins calculistas, em que há uma pseudo-preocupação com o ser humano. Averigua-se que o termo se torna um tanto quanto reducionista, na realidade há somente uma preocupação mais com o aumento da produtividade e da qualidade do produto. Não se pode deixar de entender que a questão da participação deve também abarcar uma questão substantiva.

No entanto, surgem assim algumas inquietações:

- a) como as pessoas vêem a participação e de que forma elas a reconhecem;
- b) como é o processo participativo no trabalho dos profissionais de saúde;
- c) tendo em vista que a diversidade de funções, de áreas de conhecimentos, e a própria complexidade da organização implicam a necessidade de gerências com melhor interação inter e intra-unidades, como a participação pode ajudar a propiciar melhor articulação e visibilidade sobre a realidade.

Os hospitais possuem muitas áreas funcionais interdependentes que se relacionam, o que os transformam em organizações burocráticas, cheias de regras formais, disciplina, e controles rígidos, dado o fato que não se pode ter um fluxo contínuo de trabalho. Porém, seus produtos dependem de ajustes diários, o que denota a necessidade de se ter nesse âmbito a existência de flexibilidade.

Assim, os hospitais envolvem uma grande divisão de trabalho, e se caracterizam por apresentar uma imensa diversidade de profissionais para dar atendimento aos pacientes que precisam ser vistos de maneira individualizada e com serviço personalizado de acordo com

suas necessidades. Sendo assim, precisa haver uma coordenação adequada desse atendimento, dependendo muito da interação das pessoas envolvidas em seu cuidado, e dos laços que mantém entre os membros dentro da organização (GONÇALVES, 1983).

Na maioria dessas instituições ainda existe uma estrutura hierárquica tradicional nas posições de cargos e funções, o que dificulta a participação. Geralmente as pessoas que possuem cargos mais elevados resistem ao processo com medo de perder *status* e poder, acreditam que tais mudanças prejudicam, atrapalham os seus desempenhos na organização.

Existem, também aquelas pessoas que não possuem maturidade suficiente para exercer essa participação de forma responsável e com compromisso, isto é decorrente da época em que as organizações praticavam formas de administração mais autoritárias, nas quais o cidadão não estava acostumado a participar, ele aceitava tudo que lhe era imposto sem expor suas idéias.

De acordo com Hersey e Blanchard (1986), essa imaturidade das pessoas é causada pelas próprias empresas, quando essas dão um controle mínimo para seus funcionários sobre o seu ambiente de trabalho, de forma que os mesmos acabam se tornando passivos, dependentes e subordinados. Para os autores a empresa que centra seu poder e autoridade na alta cúpula, passando a ter severo controle sobre seus subordinados, acaba restringindo a iniciativa e a criatividade dos trabalhadores.

Através da participação pode-se fomentar a capacidade das pessoas, de forma que essas desenvolvam suas potencialidades, e aprendam, novamente, a atuar de maneira ativa na sociedade. Por meio da aplicação do processo participativo, o gerente pode instigar as pessoas e conseqüentemente pode-se alcançar os objetivos da empresa sem que haja necessidade de fragmentar o homem.

No entanto, essa participação é um processo difícil de ocorrer, pois ela exige que as pessoas reaprendam a ser ativas no meio em que vivem, que despertem a consciência de suas ações e deixem de se comportar e passem a agir. Assim sendo, a introdução do processo de participação acontece de maneira lenta, em paralelo, as novas formas de participação surgem rapidamente.

Tais inquietações conduzem a percepção de que há uma necessidade de estudar a gerência. Desse modo, a presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: **como é a participação nas relações de trabalho dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina?**

1.2 Objetivos da Pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa é **analisar a participação existente nas relações de trabalho dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.**

Em termos específicos, pretende-se:

- a) descrever as concepções de participação dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina;
- b) identificar as formas e os condicionantes de participação “nos” e “entre” os níveis gerenciais do HU da Universidade Federal de Santa Catarina;
- c) descrever a estrutura e relações de poder existentes na Instituição;
- d) descrever o processo participativo presente nas relações de trabalho dos profissionais de saúde desta Instituição.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para atender ao objetivo proposto nesta dissertação foi formulado esse capítulo, em que se construíram os artefatos necessários para dar os subsídios fundamentais que serviram de base e permitiram a condução desse estudo. Destarte, foram construídas as seguintes seções: políticas de saúde no Brasil; Sistema Único de Saúde – SUS; hospital; participação; e, por fim, hospital universitário.

Na primeira, foi feita uma recapitulação do passado, presente e perspectivas das políticas de saúde no Brasil. Sua formulação foi entendida como necessária para contextualizar o leitor, e permitir que ele consiga situar o hospital como instituição participante e integrante do sistema de saúde.

A seção referente ao SUS fez-se necessária por esse órgão ser responsável pela atual política de saúde aplicada no País. Sendo, portanto, parte fundamental da tessitura que envolve os hospitais, sua compreensão mostrou-se também relevante.

Entender como foi a evolução do hospital revelou um fator preponderante para se ter uma melhor compreensão da atual conjuntura vivenciada por essa instituição. Fez-se também presente, na seção referente à estrutura hospitalar, uma breve exposição da literatura sobre a gerência e, especificamente, a gerência hospitalar, bem como um resgate das formas organizativas que permeiam as organizações, especialmente o hospital.

O tema da participação mereceu uma seção, de maneira que fosse feita uma coleta de algumas das facetas da participação, preocupando-se em demonstrar alguns de seus níveis, graus, e condicionantes, segundo a visão de alguns autores.

E, por fim, destinou-se uma seção ao hospital universitário e, conseqüentemente, uma subseção ao HU/UFSC.

2.1 Políticas de Saúde no Brasil

Embora tenha se discutido muito a respeito da política de saúde no Brasil, há alguns pontos fundamentais que necessitam ser resgatados para compreensão da atual tessitura do sistema de saúde brasileiro e, conseqüentemente, da realidade atual dos hospitais. Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001) ressaltaram que a gestão de políticas públicas na área de saúde foi originada de ações coletivas (preventivas e vinculadas a instituições públicas) e ações individuais (sistema previdenciário).

Ainda para os autores, o sistema de saúde brasileiro vem mudando, constantemente, em decorrência das respostas auferidas das transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade. Em virtude disso, eles classificam as políticas de saúde sob quatro principais tendências, que são: o sanitarismo companhista – que abrangeu o início do séc. XX até 1945; o período de transição – que foi de 1945 a 1960; o modelo médico assistencial privatista – que vigorou de 1960 a 1980; e, por fim, o modelo plural – de 1980 até hoje.

Já para Coelho, Westrupp e Verdi (1998), essa evolução da política de saúde brasileira está relacionada com as políticas sociais do País, influenciando-se mutuamente. Tais políticas sociais expressaram-se através das necessidades da população, e da intervenção do Estado por meio da geração de estratégias de ações para atendê-las. Por conseguinte, em decorrência de a vida política brasileira ter se dado em cinco diferentes períodos, os autores caracterizaram as políticas de saúde brasileira também em cinco períodos: pré 30 – até a década de 1930; era de

Vargas – de 1930 a 1950; período desenvolvimentista – da década de 1950 a 1960; período da nova república – iniciado nos anos 1980.

Portanto, para relatar como se culminou a evolução das políticas de saúde brasileiras, optou-se em discorrer como aconteceram os fatos sem se prender aos períodos específicos, devido à diversidade de divisões que se fazem para historiar tais políticas.

No início do séc. XX, até 1920, na denominada primeira república, pode-se observar que a economia estava baseada na agricultura, em especial, na produção do café para a exportação. A importância da circulação desse produto foi fundamental nessa época, o que transformou os lugares de circulação dessas mercadorias na principal preocupação das políticas de saúde, visto que não se podia permitir o alastramento de doenças que prejudicassem as exportações. Tal fato culminou na necessidade de controlar e combater às endemias urbanas e rurais, adotando para isso o modelo das campanhas sanitárias (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JR, 2001).

Costa (1987 apud COELHO, WESTRUPP e VERDI, 1998) reafirma que essas práticas sanitárias tinham o intuito de controlar as doenças que ameaçavam a conservação da força de trabalho e, por conseguinte, a expansão da economia capitalista. Sendo assim, nesse período denominado por eles como pré 30, as políticas de saúde foram marcadas por interesses políticos e econômicos da classe dominante. Observa-se, assim, que a saúde da população não era o foco primordial, a preocupação, na realidade, estava na consequência que essa população doente poderia causar na economia do País.

No período da década de 1930 a 1950, denominado pelos mesmos autores de era de Vargas, houve uma ampliação do sistema previdenciário, que permitiu a expansão dos benefícios a todos os trabalhadores urbanos e criou condições para assegurar a produção

industrial através do privilégio da produção de serviços privados, e favoreceu a expansão da rede hospitalar.

Para Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001), tal fato realizou-se em decorrência da entrada de Getúlio Vargas no poder, da crise de 29 e da crise do café, quando, devido à desvalorização do produto, ocorreu o deslocamento do pólo dinâmico da economia para empreendimentos industriais, formando assalariados, e culminando na criação, em 1930, do Ministério do Trabalho e do Ministério da Educação e Saúde, sendo que esse último passou a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo.

O Estado, nesta fase, agiu de forma localizada, esporádica e precária com o intuito de controlar as doenças que afetavam a população. Portanto suas tentativas restringiram-se, somente, aos centros urbanos, onde as contaminações ocorriam de forma coletiva, deixando para atender as áreas mais afastadas somente na década de 1950.

Outros motivos que contribuíram com este quadro foram a falta de saneamento básico; a precariedade em que as pessoas viviam nas cidades, que provocou o aumento da pobreza; e os limitados programas de prevenção e controle de doenças e endemias. Para Castelar e Iwersen (1995), tais fatores foram oriundos da acelerada urbanização e industrialização e foram responsáveis pelo aparecimento de doenças dantes só circunscritas em regiões rurais, acarretando assim sérios problemas na saúde da população.

Nesse período de 1930 a 1950, foram constatadas mudanças no setor com ação institucional do Estado e com avanços da indústria de saúde, o que desencadeou o processo de expansão dos serviços de assistência médico-hospitalar e uma crescente ênfase na atenção médico-curativa de caráter individual e especializado, já no final da década de 50 (SILVA MAIA, 1984 apud SELEME, 1988). Esse acontecimento acarretou também o crescimento da

indústria de medicamentos e equipamentos no País, primeiramente como distribuição e posteriormente com a produção.

Da década de 1950 a 1960, período denominado como desenvolvimentista, a economia brasileira modulou o Estado, provocando a definitiva estrutura do setor de saúde pública, que passou por momentos difíceis, pois o governo não considerou prioritários os gastos com este setor, enfatizando recursos somente para o processo de industrialização do País. Sendo assim, os 20 anos de ditadura, considerados como quarto período, foram caracterizados por uma intensa centralização de poder tecnoburocrático (COELHO, WESTRUPP e VERDI, 1998).

Castelar (1995) afirma que na década de 1970 ocorreram vários fatos importantes, como o aumento na arrecadação e orçamento da seguridade social, que refletiram em uma maior abrangência dos serviços de saúde; a fusão dos vários institutos que constituiu o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), sendo este substituído no final da década de 70 por um sistema centralizado e financiado pelo Governo, denominado INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social); e a criação de programas como o PIASS (Programa de Interiorização da Assistência à Saúde e Saneamento), o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), o PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), e o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), como uma das sucessivas tentativas de universalizar o acesso aos cuidados de saúde.

Segundo Seleme (1988), essa década fortaleceu as organizações com assistência médica sofisticada e criou a necessidade de desenvolver uma tecnologia nacional, visto que, o volume de importações cresceu, ocasionando o aumento dos custos. Luz (1991 apud COELHO, WESTRUPP e VERDI, 1998) afirma que esse período proporcionou os

financiamentos, pelo Governo, de inúmeras clínicas e hospitais privados, e a criação de convênios, desviando recursos que seriam destinados aos serviços públicos.

Isto acarretou sérias implicações, devido ao crescente gasto desse modelo, tais como: o volume de recursos que exigiu uma maior arrecadação previdenciária; o custo de construção de infraestrutura por parte do Estado, que o associou às instituições particulares, as quais assumiram 80% da cobertura médico-assistencial; os padrões da saúde centrados no sistema hospitalar, o que os fazia depender de suporte tecnológico-industrial; o aumento da dependência dos setores fornecedores; e o crescimento do setor, que se apresentou muito elevado comparado com os outros setores da economia (SELEME, 1988).

De 1960 até meados de 1980, vigorou o modelo-assistencial privatista. Esse foi caracterizado pelo privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; e pela criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração de lucro. Tal modelo teve como base um tripé, no qual o Estado assumiu o papel de financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional foi o prestador de serviços de assistência médica; e o setor privado internacional foi o produtor de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos) (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JR., 2001).

Tal fato possibilitou que o período da nova república (COELHO, WESTRUPP e VERDI, 1998) ou modelo plural (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JR., 2001), iniciado nos anos de 1980, sendo marcado pela crise das políticas sociais, expressasse uma política centralizada, concentrada, privatizada e ineficaz estampada na deteriorização das condições de vida e de saúde da população. O quadro evidenciou o crescimento da privatização da

infraestrutura em oposição à crescente intervenção do Estado como financiador de tecnologia e comprador de serviços (SELEME, 1988).

O Estado arcou com pesados custos operacionais, pois apresentou uma estrutura complexa concentrada no Ministério da Saúde e da Previdência, e, por trabalhar de maneira centralizada, dificultou o controle da massa de prestadores de serviços. Tal situação gerou um colapso no setor em decorrência da impossibilidade de pagar regularmente os serviços contratados; pela obsolescência da tecnologia instalada e pelo inchamento da burocracia, apresentando assim na década de 1980 um quadro caótico (SELEME, 1988).

Entre o período de 1980 e 1990, com o enfraquecimento e queda da ditadura militar, seguidos do processo de transição democrática do País, surgiu a discussão, redação e aprovação, em 1988, da nova e atual Constituição Federal, com repercussões importantes e delineadoras no processo de construção de uma nova política para o setor saúde (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JR., 2001).

Nesta época foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), aprovado pela constituição em 1988 e regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. Nestas leis foram consagrados como princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando: universalização no atendimento; equidade no acesso; integralidade dos serviços e das ações de saúde; direito à informação sobre sua saúde; a participação popular; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços, além do papel complementar da rede privada na cobertura assistencial.

(CASTELAR, 1995; COELHO, WESTRUPP e VERDI, 1998; LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS, 2001).

Na década de 1990 o INAMPS desvinculou-se do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e vinculou-se ao Ministério da Saúde (MS). Esta década foi marcada por diversos entraves. Embora o SUS tenha sido transformado em lei, através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a sua efetiva implantação sofreu sérios contratempos, e um árduo caminho. Segundo Coelho, Westrupp e Verdi (1998), entre os principais fatores que contribuíram para tal situação está a falta de vontade política, e o inadequado e insuficiente modelo de financiamento vigente.

A seção seguinte busca aprofundar o funcionamento desse atual modelo de saúde.

2.2 Sistema Único de Saúde – SUS

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, no art. 196 foi decretado que a saúde é dada como direito de todos e dever do Estado, devendo este garantir através de políticas sociais e econômicas a redução de risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já no art. 198 foi apregoado que as ações e serviços públicos de saúde devem ser integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, organizado segundo as diretrizes imposta nos incisos:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 91).

O SUS apregoa que todos os serviços estatais – da esfera federal, estadual, distritiva federal e municipal – e todos os serviços privados (desde que estes sejam contratados ou conveniados) são responsabilizados, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

Seu financiamento é de responsabilidade das três esferas de governo, advindo portanto recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, sendo que cada um assegura seu aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde.

De acordo com a NOB/96, o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial provém da esfera federal, conforme configura o TFA (Teto Financeiro de Assistência). Seus valores podem ser executados segundo transferência regular e automática ou remuneração por serviços produzidos.

A Transferência Regular e Automática (fundo a fundo) consiste na transferência direta dos valores do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão. Tais recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas abaixo:

- a) Piso da Atenção Básica (PAB) – alterada pela Portaria/GM/MS/1882 de 18/12/97;
- b) Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – alterada pela Portaria/GM/MS/1882 de 18/12/97;
- c) Fração Assistencial Especializado (FAE): é o montante correspondente aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, aos medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamentos Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado. Esses elencos são formalizados, por portaria, pelo órgão competente do Ministério da Saúde a partir de negociação na

Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no Estado. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) declara os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

- d) Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM): é o montante correspondente ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Ele é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, conforme as condições de gestão estabelecidas na NOB/96 e destinado ao custeio dos serviços localizados no território do município (com exceção àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).
- e) Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE): é um montante correspondente ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). Assim, como o TFAM, ele também é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão estabelecidas na NOB/96, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do Estado (PAB e TFAM). O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

- f) Índice de Valorização de Resultados (IVR): consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes até 2% do TFAE, transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, conforme critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES para as SMS, de acordo com a definição da CIB.

A remuneração por serviços produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, sob apresentação de faturas, referente a serviços prestados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Tais valores estão inclusos no TFA, tanto do estado como do município, sendo executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. O valor da remuneração por serviços produzidos, quer sejam em TFAM e/ou em TFAE, estão inclusos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

Esta modalidade ocorre apenas nas situações que não fazem parte das transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, conforme os seguintes itens:

- a) remuneração de internações hospitalares: o pagamento é feito de acordo com os valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que engloba um conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Tal documento é utilizado para a autorização e fatura de serviços;
- b) remuneração de procedimentos ambulatoriais de alto custo e complexidade: consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com

base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC). Tal documento identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS);

- c) remuneração transitória por serviços produzidos: o Ministério da Saúde é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE (Fração Assistencial Especializada), enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93, ou nas condições de gestão municipal definidas na NOB 96, naqueles estados em condição de gestão convencional;
- d) fatores de incentivo e índices de valorização: o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS), o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), e outros fatores e/ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada estado. Eles integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

Quanto à forma de pagamento e rateio na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a NOB/96 determina que: a hospitalização de um paciente resulta na prestação de Serviços Profissionais (SP), Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia (SADT), e cada procedimento de tabela do SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalares do Sistema Único de Saúde) corresponderá a três valores subdivididos em SH, SP e SADT.

O pagamento dos serviços hospitalares atribuídos a cada um dos procedimentos principais é feito pela soma dos valores correspondente à coluna dos SH registrados na AIH, onde estão incluídos os valores referentes a: diárias, taxa de sala, materiais hospitalares e medicamentos.

Cada ato profissional ou SADT corresponde a um número de pontos.

A remuneração dos SP prestados por cada hospital é feita de acordo com a Portaria SAS/MS nº 637, de 16 de novembro de 1999, que estabelece que a sistemática de pagamentos dos serviços profissionais passa a ser efetuada pelo rateio de pontos dos atos médicos por AIH.

Para fins de cálculo, obtém-se primeiro o valor do ponto dos SP na AIH, mediante a divisão do valor em real do SP pelo valor total do ponto do ato médico. Depois, multiplica-se o valor do ponto do SP obtido pelo total de pontos dos atos médicos lançados na AIH, obtendo-se assim o valor em real a ser pago, para cada profissional. Os valores devidos a uma pessoa física ou jurídica em todos os hospitais onde tenha prestado SP vão corresponder à somatória dos valores encontrados em cada local de trabalho. Do valor serão deduzidos os descontos obrigatórios por lei. A remuneração dos SADT é calculada mediante a soma de todos os valores em Real do SADT, divididos pela soma dos pontos do SADT. Tal valor encontrado (valor do ponto do SADT) será multiplicado pelo quantitativo de pontos atribuídos a cada serviço.

Quanto à cobrança dos procedimentos de alta complexidade, a NOB/96 determina que para tais cobranças faz-se necessário que os hospitais sejam cadastrados nas especialidades correspondentes. As normas e rotinas de credenciamentos em alta complexidade constam em portarias específicas da SAS/MS.

Quanto ao percentual de pacientes atendidos pelo SUS a NOB/96 especifica: nos hospitais públicos seria de 100%, porém se o paciente possuir algum convênio é necessário que este lhe atenda, para evitar possíveis gastos desnecessários, já que o paciente possui outra forma de receber o atendimento; quanto ao que se refere aos hospitais privados, o percentual vai variar conforme os contratos estabelecidos. Sendo assim, pode-se dizer que não existe atendimento 100% público e/ou privado. Já os hospitais filantrópicos devem ceder 70% de seus leitos ao SUS, podendo os 30% restantes ser administrados da maneira que se desejar, seja através de particulares, conveniados ou outros.

Com a descentralização cada estado traçou seu plano de ação. Na subseção abaixo foi tratado do Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina, visto que o hospital universitário está localizado nesse estado.

2.2.1 O Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Santa Catarina (2001), o processo de descentralização foi deflagrado em março de 1999, com o desenvolvimento do Projeto Estruturante das Macrorregiões de Saúde⁵, que teve como objetivo principal a reorganização e consolidação do modelo assistencial do Estado. Para isso foram criadas oito

⁵ Esse conceito de macrorregião de saúde é “empregado no estado de Santa Catarina para descrever a organização estadual das ações e serviços de saúde, cuja divisão territorial deu-se a partir de critérios aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde em Projeto Estruturante, datado de maio de 1999. Os critérios utilizados para configuração das Macro-regiões de Saúde incluíram elementos de geoprocessamento e indicadores econômico-sociais, tais como: localização geográfica, contingencial populacional, organização do sistema viário, agrupamento por regionais de saúde, equidistância entre pólos tecnológicos, cultura de deslocamento, recursos tecnológicos disponíveis, índice de desenvolvimento social (IDS), complexo econômico regional e bacia hidrográfica. Nesta abrangência, estabelece o compromisso de organizar a oferta de serviços de alta complexidade. Corresponde ao conceito de Região de Saúde descrito na NOAS 01/01” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE SANTA CATARINA, 2001, p. 2).

macrorregiões, conservando-se as dezoito regionais administrativas de saúde⁶, de forma que cada macrorregião fosse auto suficiente em procedimentos de atenção à saúde em seu nível de abrangência.

Este modelo de gestão de atenção à saúde do Estado permite estabelecer o sistema de referência e contra-referência, em seus diversos níveis de complexidade da assistência; a articulação entre o nível central e as regionais de saúde; e a implementação de mecanismos e instrumentos de integração dos serviços de saúde de diferentes níveis hierárquicos e municipais, com vistas à aplicação dos preceitos do SUS de equidade e descentralização e de oportunidade e pertinência dos procedimentos de saúde.

No ano de 2000, foi concluído o processo de municipalização do Estado catarinense de acordo com as diretrizes da NOB/SUS 01/96, tendo sido habilitados 273 (93,17%) municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e vinte (6,83%) em Gestão Plena do Sistema Municipal, representando respectivamente 62,85% e 37,15% da população do Estado.

As dezoito Regionais Administrativas de Saúde ficaram, assim, divididas em oito macrorregiões, sendo cada uma dessas possuidora de municípios sede e municípios-pólo de referência para média e alta complexidade. Criou-se, assim, a macrorregião do extremo oeste; a macrorregião do sul; a macrorregião do Vale do Itajaí; a macrorregião do nordeste; a macrorregião do planalto serrano; a macrorregião do planalto norte; a macrorregião do meio oeste; e por fim, a macrorregião da grande Florianópolis.

⁶ A regional de saúde é “sede administrativa para desenvolvimento de ações e serviços de âmbito do gestor estadual, sediada em município pólo de um conjunto de municípios, cuja delimitação respeita a divisão geográfica da Federação Catarinense de Municípios (FECAM). Nesta abrangência, estabelece-se o compromisso de organizar a oferta de serviços de média complexidade” (Idem, 2001, p. 2).

Portanto, o HU/UFSC está submetido a esse modelo de gestão de atenção à saúde do Estado, além de estar ligado à Reitoria da UFSC. Mas antes de entendê-lo, faz-se importante resgatar a evolução do hospital.

2.3 Hospital

Segundo Ribeiro (1977), o hospital é a instituição destinada a internar, com intuito de diagnosticar e tratar as pessoas que precisam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem. Porém, de acordo com Gonçalves (1983), para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o hospital não se restringe somente a essas funções, ele é visto como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, tendo a função de oferecer à comunidade assistência médica completa, curativa e preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio, e ainda um centro para formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Além disso, de acordo com Castelar (1995), o hospital tem a finalidade de fornecer as melhores condições possíveis para os médicos exercerem sua profissão da melhor maneira possível, incluindo a formação profissional e possibilitando a evolução de conhecimentos que favoreçam o tratamento de patologias complexas e/ou diversificadas por meio de atividades auxiliares como a prevenção, terapêutica, reabilitação, ensino e pesquisa.

Apesar desta definição, o hospital não teve esta função desde seu surgimento, na qual sofreu algumas alterações com o passar dos anos, sendo que tais modificações são oriundas das necessidades e situações existentes em cada época. Por isso faz-se oportuno neste tópico descrever a evolução do hospital.

A palavra hospital é de origem latina, na concepção de Johnson & Schulz (1979), *hospitalis*, que significa hóspede ou convidado.

Ballariny ([1980] apud TREVIZAN, 1988) ressalta que a evolução histórica da assistência médico-social foi influenciada por cinco fatores, os quais ora tiveram maior ou menor influência. São eles: o sobrenatural, o bélico, o da caridade, o científico e o econômico-financeiro.

Tais fatores determinaram o percurso e o destino do hospital até os dias atuais. Suas influências transformaram a organização de uma simples instituição de caridade, desprovida de recursos humanos e tecnológicos, na atual organização complexa, que necessita de tais recursos para seu desempenho. Estes também foram responsáveis pela forma desordenada deste crescimento, que acarretou a formação das atuais crises vivenciadas neste setor.

Segundo Foucault (1979), o hospital existe há milênios em muitas civilizações e teve funções bastante variadas. No início era uma instituição de assistência aos pobres e servia para assistência, separação, exclusão e preparação espiritual para a morte. Portanto ele era vinculado à morte e ao isolamento social e não à cura. Era controlado por religiosos ou caridosos, sendo sua manutenção feita através da caridade apenas com o intuito de diminuir o sofrimento dos indivíduos.

A administração nesta época era exercida pelas autoridades eclesiásticas, de maneira empírica e intuitiva, sem práticas administrativas, e tinha a missão restrita somente na caridade.

Segundo MacEachern ([1969] apud TREVIZAN, 1988), a religião exerceu forte influência nos hospitais durante a Idade Média. Nos séculos XII e XIII, nos mosteiros, os frades possuíam noções de medicina e os monges exerciam medicina fora dos conventos.

Nesta época, nota-se que os monges e frades tinham uma maior preocupação com a saúde do indivíduo, sem necessariamente centrar-se no intuito de prepará-lo para a morte. Tal preocupação, no entanto, não estava vinculada à cura da doença, mas sim à necessidade de aliviar a dor. Porém, essa atitude já foi suficiente para criar a necessidade de introduzir a medicina no âmbito hospitalar.

A proliferação da lepra também foi bastante significativa, pois forçou as construções hospitalares a se estabelecerem distantes da zona urbana. Tal fato levou à necessidade de se criar grupos especiais para atender aos pacientes, e surgiu um grande movimento social e higiênico, que serviu para cercear as epidemias e isolar os doentes. Neste período, pode-se observar que a maioria dos hospitais possuía poucos leitos e muitos atendentes, porém esses apresentavam pouca eficiência, por serem desprovidos de firmeza disciplinar e supervisão por parte das autoridades eclesiásticas.

Sendo assim, para Foucault (1979), os hospitais eram vistos como uma reorganização instrumental da cura associada a outras transformações históricas. Tendo a sua união com a medicina advindo de necessidades econômicas, do preço atribuído ao indivíduo e do desejo de evitar que as epidemias se propagassem, pode-se notar que o fator da caridade deixou de ter maior influência e cedeu o seu lugar para o fator econômico-financeiro, reforçando assim, que a preocupação estava mais ligada à propagação das epidemias do que à cura dos enfermos/infectados.

Na Renascença o hospital começa a se desvincular gradativamente (mas não totalmente) das organizações religiosas para caracterizar-se como instituição social, sob a responsabilidade do Estado, e suas metas passam a ser primeiramente sociais em vez de religiosas. Neste período o movimento hospitalar cresceu com a população, mas no que diz respeito às condições higiênicas houve um decréscimo (TREVIZAN, 1988).

Seleme (1988) afirma que neste mesmo período a medicina passa de medicina da crise para medicina do meio ambiente, pois neste momento o meio circundante começa a ser importante para ela, onde se soma à reorganização dos hospitais. O médico passa a ser responsável pelo fluxo de trabalho sobre as doenças e pela organização do hospital, que se torna, portanto, um instrumento de cura com criações de novas condições ambientais de isolamento e tratamento.

A necessidade de curar passa a ser a missão do hospital. O seu crescimento deu-se em conjunto com a população, porém de forma precária em relação às condições higiênicas. A fase agrícola propiciou o surgimento de infecções na população subnutrida, por doenças aerotransmitidas como a tuberculose e por doenças transmitidas pela água ou pelos alimentos como a cólera e a disenteria.

Não obstante, já na fase da transição entre o período agrícola e o industrial, as doenças infecciosas sofreram um decréscimo em alguns países e em outros permaneceram sendo somente somadas às doenças vasculares, ao câncer e às doenças pulmonares, que começaram a predominar neste período.

Embora a medicina tenha controlado o crescimento das doenças infecciosas, a evolução e rapidez das mudanças geravam o aparecimento de outras dantes não existentes. Este fato se agravou mais na Revolução Industrial, pois, segundo Rodrigues (1979), essa provocou a necessidade de grandes concentrações humanas nas cidades para atender aos grandes centros de produção, levando a população rural a se deslocar para a cidade. Tal fato acarretou o aumento também da promiscuidade, da ignorância e da falta de higiene e de recursos, o que provocou sérios problemas que escapavam do controle dos administradores das empresas, visto que esses se encontravam despreparados para enfrentar tais situações, agravando os surtos de epidemias.

Surgiu a necessidade de proteger a população, principalmente a classe média menos favorecida economicamente, devido à falta de recursos e assistência. A preocupação dava-se pelo fato de que esta classe estava ligada à produção das indústrias, e quando ela era atingida a produção era afetada significativamente (RODRIGUES, 1979).

Conclui-se que a indústria propiciou o declínio de mortes causadas por doenças infecciosas e aumentou as de caráter hereditário, as cardiovasculares, o câncer, as doenças mentais, além de elevar as mortes por suicídio, homicídio e por acidentes. Esse fato justificava-se pela vida ter se tornado mais agitada, competitiva e pelas novas condições de trabalho, que permitiram o aumento dos riscos de certas doenças e mortes.

Esta fase mostrou-se bastante problemática, pois se em certos casos houve melhorias, em outros só foram somadas novas doenças às anteriores, o que levou a se pensar mais atentamente sobre as redefinições das questões relacionadas à saúde. Segundo Luz (1981, apud SELEME, 1988), essas novas questões foram definidas de forma bastante ampla no plano conceitual, mas na prática foram reduzidas apenas à prevenção do tipo extensivo vinculada às doenças e não à sanidade e à saúde.

Criou-se, então, um clima de reivindicações, por parte do povo que almejava receber assistência, que até então se estendia aos indigentes, deixando de lado a classe média e operária, que não tendo condições para custear serviços médicos, e não estando incluída entre os indigentes, ficava desprovida de quaisquer recursos ou posições sociais para se socorrer nos hospitais.

Os governos não poderiam ignorar a situação deixando os problemas aos cuidados das instituições religiosas, pois elas não se encontravam preparadas para resolvê-los. Coube à Inglaterra, sob o reinado da Rainha Vitória, organizar comissões responsáveis para investigar as condições de saúde da população. Como resultado, em 1848, criou-se o primeiro conselho

de saúde, em que foi reconhecido integralmente como função administrativa do governo a saúde da população. Outro motivo que levou o governo a se preocupar com a saúde da população está no fato de que quanto melhores condições estas tiverem, maiores seriam as possibilidades econômicas do país (RODRIGUES, 1979).

A partir de então, segundo Trevizan (1988), a medicina passa a reproduzir estudos calcados na cura e na doença em si. O hospital começa a ter uma estreita relação com o estado, uma vez que ele passa a desempenhar fundamental importância para a medicina e para a sociedade. De acordo com Foucault (1979), sua vinculação como instrumento terapêutico só foi datada no século XVIII.

O autor ainda afirma que não se tem referência da administração hospitalar, só se sabe que a origem do hospital é anterior à Era Cristã. Porém as únicas notícias que se tem é que a administração era feita pelos mais velhos, e a sua base se encontrava na experiência e astúcia, o que lhes fornecia poder para exercerem autoridade e liderança sobre os outros. Sabe-se também da sua existência através de autoridades eclesiásticas e médicas, de forma intuitiva, empírica, sem técnicas e controles, propriamente dito.

Portanto, mostra a história que só a partir da segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale e sua equipe, aplicaram-se algumas práticas administrativas nos hospitais, com o intuito de melhorar o funcionamento da organização, trazendo mudanças radicais no ambiente organizacional e mostrando grande capacidade de coordenação e direção de pessoal. Em decorrência de seu trabalho, o índice de morte reduziu de 40% para 20%. Além disso, ela demonstrou capacidade administrativa quando exerceu influência no planejamento, na área de engenharia sanitária, de um hospital militar. Tais fatos provaram que Florence Nightingale foi um gênio e a pioneira em administração hospitalar (TREVIZAN, 1988).

A partir do século XIX, a clínica passa a ser um meio de trabalho, modifica a função social dos médicos, pois rediscutem sua competência técnica, mudam suas atividades para tarefas de controle de epidemias, contágios e isolamento de regiões. As relações de trabalho dos médicos e seus contatos com os pacientes sofrem transformações devido às descobertas químicas e biológicas; às inovações tecnológicas relativas ao diagnóstico e ao tratamento. Tais alterações causam mudanças nos hospitais, como o surgimento dos especialistas.

Donânngelo (1976 apud SELEME, 1988) acredita que as mudanças social e cultural, resultantes da revolução tecnológica, levaram o estado a incluir em seus discursos a necessidade de expansão dos benefícios advindos desse novo modelo curativo. O crescimento das cidades acarretou a disseminação de doenças, o que levou à necessidade de criar programas de controles coletivos surgidos das políticas públicas. Ibañez (1985 apud SELEME, 1988) diz que a primeira tentativa de remediar esta situação foi a assistência aos pobres, com intuito de não contaminar a mão-de-obra sadia. Sendo assim, o hospital passa a atrair os médicos, através da sua medicina moderna; o estado, devido a sua necessidade de legitimação social; e os grupos econômicos que se interessam nessa nova fatia de mercados.

Com o aumento da complexidade do cuidado médico e com a maior aceitação do serviço hospitalar, criou-se a necessidade de desenvolver serviço de apoio, além do cuidado médico e da enfermagem. Assim sendo, houve o aumento do custo, uma vez que aumentou a contratação de pessoal adicional, a aquisição de novos equipamentos e a assunção de funções mais complexas.

Tais fatos permitiram a criação de novas situações que vieram a afetá-lo: o aparecimento da administração hospitalar como profissão; o crescimento de planos de pagamento antecipado voluntário para as despesas do hospital; a maior atenção pública à

qualidade de serviço hospitalar; um papel mais proeminente do governo, principalmente no que diz respeito ao financiamento e à construção de hospitais.

A partir de 1899, o desenvolvimento do hospital ocorreu de maneira mais acelerada, tornando a administração mais complexa. Criou-se, nos EUA, a Associação de Superintendentes Hospitalares, que a partir de 1907 passou a denominar-se Associação Americana de Hospitais. Ela se mobilizou no sentido de padronizar equipamentos e de incrementar a adoção de práticas hospitalares mais eficientes.

O Colégio Americano de Cirurgiões, também contribuiu com o progresso do hospital, através do movimento de padronização hospitalar (1918), que visava à aplicação de determinados métodos pelos hospitais para proporcionar, em todas as suas fases, melhor hospitalização. Portanto, o movimento foi promovido para corrigir falhas e uniformizar os métodos de trabalho, nos vários setores dos hospitais. Porém, a padronização, por si só, propicia normas que configuram a burocratização (TREVIZAN, 1988).

No início do século XX, com o aumento da complexidade administrativa dos hospitais, desencadeou-se a emergência de se criar a Associação Americana de Hospitais. O continuo progresso fez surgir, também, a primeira escola de Administração Hospitalar, em 1934, na Universidade de Chicago.

De acordo com Johnson e Schulz (1979), da década de 1930 à de 1950 houve uma expansão dos serviços de diagnósticos e tratamentos, além do aumento da especialização. Porém, somente na metade da década de 1950 que a administração hospitalar foi reconhecida como profissão. Trevizan (1988) ressalta que naquela época os administradores, sejam médicos ou leigos, possuíam plena autoridade para fazer funcionar o hospital pelo qual fossem responsáveis.

Já na década de 1960, até o início da década de 1970, o hospital comunitário deixa de ser apenas um lugar de trabalho dos médicos e passa a funcionar como um centro de saúde para diagnosticar e tratar a comunidade, com uma equipe de profissionais de saúde (JOHNSON e SCHULZ, 1979).

Ainda na década de 1960 foram desenvolvidos programas preventivos, objetivando a dominação e/ou erradicação de algumas doenças infecciosas, por meio de campanhas e vacinação. Os progressos dos conhecimentos médicos favoreceram o surgimento de duas áreas distintas, embora com objetivos comuns: uma que trata do homem doente, o que levou ao surgimento de instituições destinadas ao tratamento dos doentes e à cura: o hospital público ou privado; e a outra área que trata da prevenção de doenças, que permitiu o desenvolvimento de práticas de natureza preventiva: as unidades de saúde, ligadas ao poder público (GONÇALVES, 1983). No entanto, aos poucos essa dicotomia foi superada e reconheceu-se que ambas deveriam estar unidas, com uma visão de medicina integral, voltada para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Atualmente, a função da medicina esta deslocando seu foco tradicional da cura de doenças para o da prevenção. Esta reformulação deve-se ao desenvolvimento de novos tipos de atendimento que dispensam a hospitalização; o aumento da competição entre os agentes de saúde; a redução do poder dos médicos e ascensão da importância das atividades de enfermeiros e paramédicos; a elevação da consciência dos pacientes sobre o processo preventivo; o aumento da vida média da população e da qualidade de vida; e a drástica redução do número de hospitais (FALCÃO, [1999] apud VELASCO, [2000]).

Nos últimos anos, a função de hotelaria do hospital está deixando de ser usada, visto que busca transferir o tratamento de recuperação do paciente para a casa, o que alguns autores denominam de hospitalização domiciliar, outros de internação domiciliar ou ainda de *Home*

Care. Tal transferência tem como vantagens o fato da recuperação do paciente ser mais rápida em casa do que no hospital, isso é decorrente do apoio e conforto da família, e a precaução contra a infecção hospitalar. Sendo assim, a estrutura hospitalar é transferida para a residência do paciente.

Este acontecimento afetou a área de enfermagem do hospital, uma vez que esta é a responsável pelo tratamento de recuperação dos pacientes, mas por outro lado abriu novos caminhos com os tratamentos domiciliares, visto que a maioria das famílias encontra-se impossibilitada de executar os tratamentos de recuperação dos enfermos, necessitando de enfermeiras particulares para exercer tais tarefas.

Pode-se perceber também que o hospital está buscando uma maior resolutividade da doença, com o intuito de agilizar o diagnóstico e o tratamento a fim de aumentar a rotatividade de pacientes. No entanto, para que isso ocorra é necessário evoluir tecnicamente e reciclar os recursos humanos, o que leva ao aumento nos custos, tornando mais uma vez evidente que é inviável essas organizações manterem o paciente por muitos dias no hospital (CASTELAR, 1995).

Outro acontecimento recente é o revezamento, entre os hospitais, dos equipamentos de maior necessidade e de fundamental importância, visando ao atendimento de todos os necessitados. Um dos motivos que levaram a isso é a escassez de verba para compra de tais equipamentos.

Pode-se perceber que as diversas finalidades que surgiram referentemente ao hospital complementam-se e sustentam a sua função principal que é a cura por meio do diagnóstico e tratamento (JOHNSON e SCHULZ, 1979). Também é necessário alertar que todos os fatores que estão ocorrendo forçarão a existência somente dos hospitais que atendem às necessidades e exigências da comunidade.

Embora se verifique o discurso de que a missão das organizações hospitalares é propiciar a saúde e a qualidade de vida da comunidade, suas práticas administrativas estão voltadas à minimização de custos, aos aspectos financeiros, e não ao desenvolvimento de cursos de ação que venham a assegurar a concretização da missão estabelecida. Tal proceder reflete a forma como as organizações hospitalares legitimaram-se, principalmente no contexto brasileiro. Tal desenvolvimento será abordado na próxima subseção.

2.3.1 O Hospital no Brasil

O surgimento do hospital no Brasil não se deu de forma diferente do modelo europeu. O primeiro hospital brasileiro – a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1565 – teve sua função baseada nesse modelo, com atividade voltada mais para a religião do que para a medicina. Os cuidados eram realizados por padres jesuítas que, além de catequizar os índios, exerciam a função de “cuidadores” nos hospitais. Só depois de alguns anos que o hospital começou a exercer um papel voltado para a medicina e a vida da comunidade (CASTELAR, 1995).

Surgiram vários tipos de hospitais, entre eles o da Previdência Social e o universitário. O hospital previdenciário só atendia clientes específicos, que eram seus segurados, tendo seu acesso universalizado somente no final da década de 1980.

Portanto, cabia aos hospitais universitários atender as pessoas que apresentavam patologias complexas e uma parcela das que não eram seguradas pela previdência. Também surgiu o hospital das Forças Armadas, que atendia militares e dependentes, e funcionários no que diz respeito às patologias complexas.

Castelar (1995) salienta que a evolução da rede hospitalar brasileira foi dada mais em função das definições políticas localizadas ou por interesses de grupos e por necessidades sentidas do que propriamente por uma política de saúde de caráter nacional⁷.

Destaca-se ainda que tanto o surgimento dos hospitais como as questões referentes à saúde no Brasil coincidem com a transição da sociedade agrária para a urbano-industrial. A industrialização e a urbanização trouxeram consigo problemas sociais e de saúde, já que, segundo Luz (1981 apud SELEME, 1988), o País não tinha se planejado para recebê-las.

Silva Maia (1984 apud SELEME, 1988) afirma que até a década de 30 aconteceram pequenas transformações nos hospitais. Porém, devido às constantes epidemias que se alastravam e ameaçavam a população, surgiu a necessidade de criar instituições de saúde específicas para solucionar tais problemas, pois se o País apresentasse uma população doente, isto afetaria o aumento da mão-de-obra qualificada e a implantação de empresas estrangeiras.

No final da década de 1940, expandem-se a rede hospitalar, ambulatorial e os serviços previdenciários, iniciando-se na década seguinte o processo de industrialização da medicina e da saúde.

A padronização do hospital deu-se em 1944. Porém, apontou certas falhas básicas nas organizações dos hospitais, no final da década de 1950, decorrentes do empirismo em matéria de administração, fato esse que caracteriza a grande maioria das instituições (TREVIZAN, 1988).

A partir da década de 1960, ocorre uma maior preocupação, por parte das autoridades que se dedicavam à Administração Hospitalar, em relação aos Padrões Mínimos de Planejamento e Organização de Hospitais. Coube, assim, ao Ministério da Saúde, através da

⁷ Isso está evidente na própria forma em que se deram as políticas de saúde no Brasil. Ver mais sobre isso na seção 2.1.

sua Divisão de Organização Hospitalar (DOH)⁸, encaminhar a política hospitalar do País quanto aos seus aspectos de planejamento, construção, organização, administração, manutenção etc.

Já as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pela transformação burocrática na área de saúde, sendo que o Estado tinha por intuito fazer um rearranjo no setor. Por meio de grupos que intensificaram as pressões e interesses neste setor, foram criadas associações como a Federação Brasileira dos Hospitais e as associações de grupos médicos. Como também, na medida em que surgiram novas profissões na área da saúde, o hospital passou a incorporá-los como integrantes da equipe de saúde, a exemplo do bioquímico, do nutricionista, do psicólogo, do fisioterapeuta, e outros.

O hospital é considerado um dos maiores responsáveis pelos elevados custos de saúde, principalmente na área de internação. Alguns autores acreditam que a solução de tal problema encontra-se numa nova redefinição do seu significado. Grabois e Sandoval (1995) trabalham bem esta idéia, definindo o hospital como um lócus reservado aos pacientes em condições clínicas mais rigorosas, que exijam cuidados contínuos, e em situações de risco.

Sendo assim, pensam no hospital como um elo mais especializado do sistema de saúde, conseqüentemente, deve-se considerar uma desospitalização gradual. Este processo ocorre em longo prazo, uma vez que implica modificar a forma de pensar do usuário, envolvendo o seu comportamento e o dos trabalhadores da área. Outra saída também foi a introdução das novas formas de hospitalização, como hospital-dia e assistência domiciliar, com evidentes vantagens para diminuição do custo da assistência de saúde com manutenção de sua qualidade.

⁸ A DOH foi criada em 1941 com os objetivos de: disseminar os conhecimentos sistematizados de administração e organização hospitalar; e criar especialistas, consultores ou técnicos hospitalares, a fim de serem aproveitados nos departamentos de coordenação orientação e controle das instituições médico-sociais, nos serviços federal, estadual e municipal e também nas organizações hospitalares (TREVIZAN, 1988).

Atualmente, os hospitais são classificados de diversas formas, conforme apresentado a seguir.

2.3.2 Classificação dos Hospitais

De acordo com a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (1998), os hospitais brasileiros estão classificados quanto ao porte, à natureza, à especificidade, e à complexidade das ações de saúde. No que tange ao porte, é levado em consideração o número de leitos. Quando apresentar até 50 leitos o hospital é considerado pequeno; de 51 a 150 leitos é médio; entre 151 e 500 leitos é grande; e acima de 501 leitos é extra.

Quanto à natureza, os hospitais podem ser públicos, quando mantidos pelo Governo, podendo apresentar por estrutura jurídica características de autarquia, de empresa pública, fundação e administração direta (CASTELAR, 1995); e privados, quando prestam serviços particulares, geralmente fazendo contratos de uma parte de seus leitos para o SUS e outros convênios privados.

Os hospitais podem ainda classificar-se como beneficentes, filantrópicos, com fins lucrativos, fundações e hospitais ligados a sindicatos. Os filantrópicos são controlados por entidades filantrópicas, por exemplo, os hospitais evangélicos, Santa Casa e outras organizações sociais.

No caso dos hospitais universitários⁹ e/ou de ensino, são vinculados às instituições de ensino superior, podendo desenvolver ou não pesquisa.

⁹ Ver mais sobre os hospitais universitários na subseção 2.3.5.

Os hospitais classificados quanto à especificidade podem ser: geral ou não especializado, especializado e misto. Geral é aquele que, além das especialidades básicas (gineco-obstetrícia, pediatria, clínica médica e cirúrgica), atende uma ou mais especialidades, e ainda pacientes de todas as patologias, podendo ter limitação a um grupo etário, ou a um determinado grupo da comunidade, ou ainda a uma finalidade específica (RIBEIRO, 1977). Para alguns autores o hospital geral deverá contar com serviços de apoio clínico (laboratório de análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, anestesia, banco de sangue, eletrocardiografia, eletroencefalografia e radioterapia). Já o hospital especializado é aquele destinado à internação de pacientes de uma ou mais especialidades afins. E o hospital misto possui unidades mistas, estando mais voltadas ao atendimento ambulatorial, apresentando poucos leitos, e sendo em geral unidades públicas, podendo ter apenas médicos generalistas e não ter qualquer especialidade.

No que se refere à complexidade das ações de saúde, os hospitais são definidos de acordo com os procedimentos e as tecnologias, podendo ser classificados como: de pequena, média e alta complexidade. Os hospitais que possuem pouca tecnologia, baixo poder de diagnóstico e tratamento de riscos são considerados de pequena complexidade; os possuidores de tecnologia não muito avançada, mas capaz de promover o desempenho satisfatório para a organização são os de média complexidade; e os que apresentam alta tecnologia e tratamentos de alto risco, como transplantes, por exemplo, são os de elevada complexidade.

No que se refere ao caráter de atendimento, podem-se classificar em: hospitais de internação (é o atendimento ao paciente na modalidade de internação); ambulatorial (é o atendimento na modalidade ambulatorial); e hospital-dia (é uma internação hospitalar de curta duração, com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação). O caráter da internação divide-se em: eletivo, quando a AIH é emitida antes da internação pelo órgão

emissor local; exceção, quando é com diagnóstico de parto; e emergência/urgência, quando a AIH é solicitada até 48 horas depois da internação pelo órgão emissor local (SUS: MÓDULO HOSPITAL, 2000).

Para ser atendido na modalidade do regime de hospital-dia é necessário que o paciente seja submetido: a procedimento e diagnóstico que demandam um período de preparação com observação médica posterior; ou ao procedimento terapêutico, incluindo medicação parenteral que requeira exame e/ou preparação e/ou observação posterior; ou ainda, ao paciente que precise de atendimento especializado para aplicação de procedimento terapêutico de manutenção ou de equipamentos especiais.

A internação domiciliar é feita por meio de AIH através de consultas médicas realizadas e é permitida somente após avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio; e avaliação das condições familiares, domiciliares e do cuidado ao paciente, por membro da equipe de saúde que expedirá laudo específico determinando a condição de internação.

Ainda de acordo com a portaria 2415 de 23 de março de 1998, a internação domiciliar só poderá ser realizada em segmento a uma internação hospitalar, em período imediatamente antecedente ao fato, e deve estar obrigatoriamente relacionada com o procedimento realizado que a precedeu. A internação domiciliar é vedada quando a internação hospitalar que a precedeu ocorrer por diagnóstico e/ou primeiro atendimento ou a qualquer outro procedimento com tempo médio de permanência inferior a quatro dias.

Tal contexto já anuncia a complexidade da administração hospital, e o desafio que o gerente de um hospital enfrenta. Por conta de tal importância, a subseção que segue é destinado à gerência hospitalar.

2.3.3 Gerência Hospitalar

Percebe-se que devido ao hospital ser formado por uma grande diversidade de especialistas e profissionais, possuidores de grande autonomia, o desafio da gerência hospitalar encontra-se na integração da dupla estrutura, profissional e administrativa. A autonomia dos gerentes restringe-se bastante, em especial, quando se refere ao médico, visto que eles possuem grande resistência em atender às decisões da gerência.

Azevedo (1995) revela que esta atitude deriva da falta de análise, por parte dos médicos, em distinguir a diferença entre o seu poder e o do gerente, não sabendo portanto que o seu “poder é consequência da perícia e não da função ou da hierarquia” (p. 36), o que gera sérios problemas aos gerentes e torna ausente a sua autoridade em relação aos profissionais da área médica.

Outro fator importante é a forma de gestão, que em sua maioria é executada de maneira improvisada, e com ações voltadas para emergência. A justificativa geralmente dada é que a complexidade da organização força a execução de tais atitudes.

Para Barbosa (1996), essa complexidade é possuidora de duas dimensões, a primeira, relacionada com o trabalho em si, envolve tanto o processo como o produto. Já a segunda está relacionada com a exigência da condução deste trabalho, envolvendo a coordenação das ações específicas de cada parte, procurando atingir de forma eficiente e eficaz os produtos e resultados globais.

Outro detalhe que merece ser destacado é a questão da variabilidade dos processos assistenciais, em que cada caso é um caso específico que necessita de julgamento profissional subjetivo. Ambos os fatos também se somam à complexidade deste sistema.

Porém, Barbosa e Lima (1996) enfatizam que a crescente complexidade destas organizações impossibilita que as ações e decisões sejam tomadas e executadas com base somente no bom senso e nas experiências passadas, devido ao fato de que essas características por si só não são suficientes para resolução dos problemas de forma satisfatória.

Outro fator importante é que devido ao hospital tratar do maior bem do homem, que é a sua saúde, há uma maior preocupação por parte dos usuários que exigem melhor atendimento e qualidade. Mezomo (1979) comenta que isto gera uma maior atenção quanto às imperfeições de seu funcionamento e exige que se façam apropriadas correções em relação a elas.

Assim, entende-se que a gerência é de fundamental importância para o hospital, pois ela permite uma melhor performance organizacional, a fim de que se possa atingir a otimização dos resultados.

No entanto, Barbosa (1996) comenta que a gerência hospitalar é caracterizada pela grande centralização, pela baixa autonomia dos gerentes e pela sua falta de compromisso com os resultados, além da irracionalidade e desperdícios de recursos etc. Para se reverter este quadro não se pode trabalhar com soluções parciais. Necessita-se fazer transformação cultural, expressa por práticas profissionais de limitado compromisso com a razão de ser dessas organizações, de forma que se possa atingir a satisfação de seus usuários e a otimização de seus recursos.

As gerências do setor público, segundo Braga Neto (1991 apud AZEVEDO, 1995), estão tendendo para dois eixos: a descentralização e a profissionalização do gerente, como proposta para solução dos problemas. Para o autor, a descentralização fornece melhores condições para que as organizações funcionem com eficácia e eficiência, e permite a transferência de poder e agilidade das unidades.

Mendes (1993 apud BARBOSA, 1996) alerta que a descentralização, na realidade, não fornece independência às unidades, mas cria uma relação biunívoca, na qual cada momento de descentralização corresponde a um de centralização subordinada.

No que diz respeito à profissionalização, essa é vista como uma estratégia para a formação de quadros, pois se necessita enfatizar o desenvolvimento gerencial e os programas de capacitação gerencial (AZEVEDO, 1995).

Conforme Barbosa (1996) e Barbosa e Lima (1996), a profissionalização possui duas dimensões. Uma é referente ao nível de formação, na qual a competência do gerente é determinada através de fatores pessoais, inatos e intuitivos, ou dos adquiridos através das experiências e da formação específica. A outra dimensão refere-se ao nível profissional, quanto ao desenvolvimento de novos modelos e sistemas de gestão.

Uma das falhas na gerência hospitalar é que geralmente os gestores de tais instituições são escolhidos principalmente por indicação política ou por competência na área da saúde, o que leva a prejudicar o sistema.

Outros fatores que afetam o desempenho desta organização são: a insuficiente dotação orçamentária, referente à demora de seu recebimento; uma gradativa diminuição de recursos humanos, que em geral são viciados, sendo admitidos através de processo de recrutamento ultrapassado, relacionada também à ausência de um sistema adequado de reciclagem; a falta de um plano de carreira, de um processo de ascensão funcional baseado em mérito, de melhores salários, também é um dos fatores que afetam a motivação dos profissionais da área, o que leva a um forte descompromisso com a instituição e com as suas atividades, afetando drasticamente a qualidade e prestação de serviços.

A escassez de recursos financeiros também afeta grandemente o setor de saúde, de forma que os gerentes enfrentam o desafio de manter os hospitais modernos para atender à

demanda, embora este problema torne-se mais drástico, devido às aceleradas transformações tecnológicas e à crescente exigência e procura por produtos e serviços cada vez de melhor qualidade. Este fato provoca a necessidade de estar sempre atualizando o hospital, tanto na parte de equipamento como na parte de recursos humanos, sendo necessário que este último tenha um forte compromisso com o desempenho de suas tarefas para que garanta um melhor desempenho à organização.

Então, é fundamental que todos os integrantes do hospital conheçam os objetivos e as metas, e que ambas estejam definidas de acordo com a realidade da região e os recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

Para Mezomo (1979), a personalidade e os problemas de um hospital estão ligados às características de sua clientela, de suas instalações, de sua posição geográfica, de sua dimensão, e de seu corpo clínico. Sendo assim, a gerência não pode ser vista como uma receita de bolo a ser seguida, o gerenciamento é muito peculiar a cada situação. Acredita-se, assim, que o gerente gerencia em conformidade com a situação e os recursos disponíveis a ele e à sua equipe (ERDMANN e PINHEIRO, 1998).

Porém, considerando as restrições destas organizações, Dussault (1992 apud AZEVEDO, 1995) ressalta que a gestão tem que ser mais consensual do que autoritária; do tipo colegiado, que envolva os profissionais tanto no nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais, como na avaliação dos resultados. Sendo assim, os profissionais vão trabalhar por responsabilidade, em vez de obedecer a ordens.

Na formulação dos objetivos, por sua vez, encontram-se dificuldades a ser superadas, visto que eles são intangíveis e vagos, o que exige do gerente competência para defini-los, como também para estabelecer prioridades e concentrar recursos. Além disso, ele precisa ter capacidade de liderança e decisão; capacidade de produzir e gerenciar idéias novas; e

capacidade de conduzir a organização de forma harmoniosa num ambiente de descontinuidades e crises sucessivas (AZEVEDO, 1995).

Johnson e Schulz (1979) afirmam que para se estabelecer os objetivos é necessário que se faça um estudo minucioso sobre as necessidades do hospital e que na sua formulação esteja presente o administrador, os membros do corpo clínico e empregados-chave. É também necessário que os objetivos operacionais sejam os mesmos que os oficiais para que não ocorram conflitos entre eles.

Para isso, Mintzberg (1973 apud AZEVEDO, 1995) acredita que os gerentes necessitam exercer três papéis principais, que se relacionam e que precisam ser desempenhados simultaneamente, pois cada um serve de base para o outro. São eles: interpessoal, que envolve relações interpessoais; informacional, que envolve processamento das informações; e, por fim, decisório, que diz respeito à tomada de decisão.

Através do papel interpessoal, o gerente atua como: representante, líder e agente de ligação, estabelecendo contato dentro e fora da organização. Como resultado destes contatos, ele vai exercer o papel informacional, representando o centro de informações da organização, servindo de monitor, difusor e porta-voz, tomando conhecimento da realidade ambiental. Já com as informações subsidia o papel decisório, para as tomadas de decisões, definindo os rumos que a organização deve seguir e introduzindo as mudanças necessárias para o seu êxito.

De acordo com a Comissão de Educação em Administração de Saúde (AUSTIN, 1974 apud JOHNSON e SCHULZ, 1979, p. 152) a administração de saúde é definida como

planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar os recursos e procedimentos pelos quais as necessidades e as demandas pela atenção à saúde e cuidados médicos e por um ambiente sadio são conseguidas pela prestação de serviços específicos a clientes, organizações e comunidades.

As rápidas mudanças que ocorrem na sociedade, em geral, afetam o controle do hospital, quanto ao seu destino. Surge a necessidade de melhorar cada dia mais o atendimento, torna-se vital ter flexibilidade e agilidade para dar conta de satisfazer aos diversos interesses das comunidades. Por esse motivo é importante que o hospital faça planejamento para aproveitar melhor as oportunidades de ser mais ativo. Johnson e Schulz (1979) afirmam que o planejamento é uma das mais importantes funções da administração hospitalar, visto que por meio de planos os hospitais adquirem oportunidades de serem mais ativos e assumirem posições de liderança.

Resumidamente, nos primórdios a gerência hospitalar era exercida pelas autoridades eclesiásticas, de forma empírica e intuitiva. Quando o hospital passa a ter relação com a medicina e com os médicos, esses últimos assumem a direção do hospital, tendo seu poder legitimado por seu conhecimento clínico. A complexidade da organização, entretanto exige maior dedicação e conhecimento gerencial específico, e ele esbarra assim na sua própria atividade médica, que o impossibilita de exercer as duas funções, uma vez que uma limita a outra, e as duas não se desenvolvem satisfatoriamente juntas. Além disso, os médicos não são habilitados para administrar os hospitais, principalmente pela sua complexidade.

Cabe também lembrar que o hospital é uma organização de serviço. Para Gouvêa e Kuya (1999, p. 4), ele oferece dois tipos de serviços:

Serviços de saúde pública: controle de doenças transmissíveis; saneamento; saúde materno-infantil; enfermagem de saúde pública; educação de saúde pública; estatísticas vitais; formulação de política e planejamento em saúde; conservação de saúde; avaliação continuada dos recursos e da ecologia da comunidade; redução dos riscos em saúde; pesquisa.

Serviços de saúde individual: promoção da saúde; prevenção de acidentes e doenças; serviços de diagnósticos, tratamento e cura; atenção restauradora ou reabilitação e atenção de proteção.

E como uma boa empresa de serviços¹⁰, segundo Normann (1993), o hospital tem que resolver o dilema de tornar seus clientes satisfeitos, mas para que isso ocorra não há necessidade de aceitar simplesmente tudo o que eles dizem e pensam, embora isso não queira dizer que não há necessidade de ouvir e lidar com tais opiniões.

Na realidade, o autor apregoa que o cliente não sabe tudo do que realmente necessita, e isto ocorre geralmente em organizações de saúde, visto que o paciente (cliente) não necessita do que pressupõe. No entanto, Sierra (2000) salienta que é necessário tomar cuidado para não haver uma desconsideração com o paciente. Para ele, o que geralmente pode se perceber nas organizações de saúde é que o paciente, apesar de ser o sujeito principal e relevante, em muitas das vezes que se vê sujeito a estar diante do profissional de saúde para saber sua situação, é impossibilitado de emitir qualquer tipo de opinião, devido à falta de conhecimento técnico. Esse fato acaba afetando a relação entre profissional e paciente.

Porém, deve-se ressaltar que embora o paciente não tenha conhecimento técnico, em muitos casos ele pode saber muito mais sobre a enfermidade que o assola do que o próprio profissional de saúde, visto que ele possui o conhecimento adquirido pela sua própria vivência, e isso já permite que tenha condições de interagir e emitir opiniões a respeito de seu tratamento com o profissional.

Também se faz importante destacar que é natural o paciente criar uma expectativa quanto ao serviço que vai requerer. Por isso quando a organização não consegue satisfazê-la,

¹⁰ De acordo com Kotler (1991), o serviço é entendido como toda atividade ou benefício intangível, oferecido por uma parte à outra e que não resulta na posse de algum bem. Porém, conforme Normann (1993), o conceito de serviço não é tão simples, pois os benefícios aferidos aos clientes podem ser de natureza física ou psicológica; podem possuir grau de importância variado; e algumas de suas características podem ser mensuradas e especificadas, enquanto outras podem ser importantes e com especificações quase impossíveis; sendo assim pode-se perceber que o conceito de serviço envolve um complicado conjunto de valores de difícil análise, por isso muitos serviços que excedem fenômenos complexos podem ser conceituados de formas diferentes. Percebe-se que os serviços estão mais ligados a uma experiência que o cliente vivencia do que à posse de algo físico (GIANESI e CORRÊA 1996).

o paciente fica frustrado e desenvolve uma opinião negativa em relação ao serviço oferecido, o que o leva a questionar as situações vivenciadas quando surgir necessidades futuras.

Para Sierra (2000), os profissionais de saúde e os pacientes desenvolvem relações que envolvem um conjunto de atitudes, valores, experiências, necessidades e normas que se interagem e produzem momentos de verdade¹¹ que podem ser positivos ou negativos para cada parte. Isso exige uma integração entre as partes, de maneira que as situações propiciem mais momentos positivos, o que resultará em uma boa qualidade de serviço.

Tal integração não se restringe somente à relação profissional de saúde-paciente, ela requer também integração entre os próprios profissionais de saúde. Gouvêa e Kuya (1999) alertam justamente para esse ponto, para eles, o hospital apresenta uma grande dificuldade na integração e desenvolvimento de seus funcionários, decorrente do alto grau de especialização e complexidade das profissões ali existentes.

Essa questão reforça a característica que Normann (1993) destaca como típica das organizações de serviço, que é considerar os novos relacionamentos sociais como um dos seus produtos. O autor destaca também a necessidade de elas terem habilidade de pensar globalmente e de integrar sua estrutura e processo a fim de criar sistemas de serviços eficazes.

Quando se utiliza a filosofia de administração de serviços, na qual toda a organização atua como um único departamento de atendimento ao cliente (ALBRECHT, 1992), percebe-se a necessidade de integração das unidades organizativas do hospital (unidades de serviço) a fim de garantir que tudo ocorra bem para o cliente, procurando desenvolver uma cultura de

¹¹ Todo o instante de contato com o paciente que permite a esse formar uma impressão sobre a qualidade do serviço é considerado um momento de verdade (SIERRA, 2000). Ler também Normann (1993); e Albrecht (1992). O momento da verdade pode ser também denominado para alguns autores, como Albrecht (1992), como “a hora da verdade”.

serviço¹² na qual a excelência do serviço¹³ prestado ao cliente é a missão de todos os seus membros.

O serviço pode ser visto como um processo social, que consiste em ações e interações, no qual o cliente não é somente um consumidor, ele faz parte da sua produção. Sendo assim, o cliente interage socialmente com o prestador de serviço. No caso do prestador ser uma empresa ou organização, esse processo é criado a partir da experiência, da motivação e das ferramentas utilizadas pelo representante e das expectativas e comportamento do cliente, o que mostra que os resultados podem não ser diretamente influenciados pela empresa ou organização. Por isso, a organização de serviços é entendida como um sistema complexo e sensível possuidor de uma variedade de funções e elementos que se inter-relacionam (NORMANN, 1993).

Destarte, comprova-se a necessidade do hospital ser gerenciado por pessoas capacitadas para tal. Por isso se faz importante discutir sobre a gerência, para entender melhor o papel do gerente num contexto organizacional e, conseqüentemente, num hospital.

2.3.4 Gerência

Sabe-se que desde que o homem vive em grupo, houve necessidade de um “líder”, alguém que comandasse, assumisse responsabilidades e tomasse decisões para atingir o

¹² Ler Normann (1993) para maiores esclarecimento sobre cultura de serviço.

¹³ “Excelência de serviço: Um nível de qualidade de serviço, comparado ao de seus concorrentes, que é suficientemente elevado, do ponto de vista de seus clientes, para lhe permitir cobrar um preço mais alto pelo serviço oferecido, conquistar uma participação de mercado acima do que seria considerado natural, e/ou obter uma margem de lucro maior do que a de seus concorrentes” (ALBRECHT, 1992, p. 13). No entanto, quando isso refere-se às organizações de saúde, deve-se tomar o cuidado de não se ater a questões apenas econômicas e deixar de atender satisfatoriamente à saúde do ser humano. Não se pode deixar de ver o “ideal humano”, em sua totalidade, sua característica transcendental e única. Para ler mais sobre a humanização dos serviços de saúde, consultar Sierra (2000).

objetivo desejado pelo grupo e/ou por uma pequena minoria. Essas lideranças dependiam das características das sociedades.¹⁴ No entanto, tal ato era exercido de forma intuitiva e empírica.

Para Braverman (1987), tão logo os produtores¹⁵ reuniram-se para exercer o trabalho cooperativamente na produção industrial, surgiu o problema da gerência, ainda que de forma rudimentar. O autor ressalta que o exercício do trabalho cooperativo trouxe consigo as funções gerenciais, visto que, mesmo para reunir artesãos que atuassem independentemente, havia necessidade de coordenação. Além disso algumas empresas e fábricas tinham uma mistura relativamente complicada de diferentes tipos de trabalho. Outrossim, novas indústrias manufatureiras começaram a surgir. Esses fatos exigiram funções de concepções e coordenação, que assumiram a forma de gerência. Nesse momento o capitalista, por ser possuidor do capital, assume o papel de gerente.

Com o tempo as leis e costumes presentes nas relações tradicionais feudais foram sendo remodelados. O contrato “livre” entre comprador e vendedor começou a predominar e o capitalista adquiriu o poder irrestrito de determinar os modos técnicos de trabalho. Esse esforço por considerar o trabalho como se fosse mais uma matéria-prima torna freqüentes os sistemas de subcontratação. Sendo assim, Braverman (1987, p. 67) afirma que durante essa fase “o capitalista não assumiu a função essencial da direção no capitalismo industrial e o controle sobre o processo de trabalho”. Por tais métodos tratarem o trabalho mais como uma outra mercadoria, pode-se observar irregularidades na produção e uma divisão de trabalho bastante rudimentar oriunda desse sistema domiciliar.

¹⁴ Isso decorre das diferentes formas de “agrupamento” existentes. Houve grupos onde vislumbrava o bem da coletividade; no entanto, houve outros submetidos ao modo escravista, cujo trabalho buscava atender somente ao desejo do superior. Têm-se como exemplos os faraós, os reis, os caciques, entre outros.

¹⁵ Tais produtores são os artesãos que executavam seu trabalho na produção feudal e no artesanato das guildas. Com o capitalismo industrial, passaram a ser empregados por um único capitalista, exercendo o mesmo trabalho que faziam antes. Sendo assim, as primeiras oficinas não passavam de um aglomerado de pequenas unidades de produção, onde o trabalho era executado praticamente igual aos métodos tradicionais, estando ainda sob o controle dos produtores, por esses serem detentores do conhecimento tradicional e das perícias que os ofícios exigiam.

Essa compra do trabalho acabado, por parte do capitalista, ao mesmo tempo que trouxe alívio das incertezas, também dificultou o exercício do “controle sistemático e reorganização do processo de trabalho” (BRAVERMAN, 1987, p. 65). A busca para aumentar o capital e o excedente culminou numa nova maneira de administrar, que apesar de ainda primitiva era mais completa, auto-consciente, aprimorada e calculista do que as existentes até o momento. Essa gerência, então, assumiu formas rígidas e despóticas baseada em métodos coercitivos, com o intuito de habilitar os empregados às tarefas e mantê-los trabalhando por um período maior de tempo.

Observa-se, assim, que esses esforços por parte dos capitalistas tatearam em direção a uma teoria e prática da gerência, levando a criação de novas relações de produção, o que foi tornando a gerência um poder sutil e perfeito para manter o controle sobre os outros, a fim de buscar seus próprios interesses. Portanto, a gerência¹⁶ tornou-se uma forma de controle.

Considerando a literatura sobre o assunto, pode-se observar que há uma diversidade de significados referente ao termo “gerente”. Tal fato decorre dos diferentes papéis que se têm desempenhado de acordo com as circunstâncias, por isso seu significado possui diferentes interpretações que até hoje se refletem nas organizações, onde se atribuem papéis diferentes para os gerentes, de acordo com o conceito seguido. Discorrer-se-ão alguns significados sob o ponto de vista de alguns autores.

Hatakeyama (1995) refere-se ao gerente como alguém que administra um grupo de pessoas, e exerce um papel dinâmico e autônomo. Ele, por si só, tem que identificar os problemas a serem resolvidos e solucioná-los, desde que estejam envolvidos na área da qual

¹⁶ Braverman (1987, p. 68) afirma que “o verbo ‘to manage’ (administrar, gerenciar) vem de ‘manus’, do latim, que significa mão. Antigamente significava adestrar um cavalo nas suas andaduras, para fazê-lo praticar o ‘manège’. Como um cavaleiro que utiliza rédeas, bridão, esporas, cenoura, chicote e adestramento desde o nascimento para impor sua vontade ao animal, o capitalista empenha-se, através da gerência (management), em controlar”.

está encarregado, pois se parte do pressuposto que ele é quem conhece melhor as condições reais do seu serviço, sendo portanto, capaz de decidir o que fazer, e tomar a iniciativa de agir conforme suas próprias convicções, sem necessariamente esperar que as ordens sejam tomadas por seus superiores.

Já Costa (1999) o conceitua como aquele que integra uma posição de decisão, independentemente de possuir ou não *status*, ou de fazer ou não parte da alta cúpula da organização, ou seja, não há necessidade de ter um título de diretor ou gerente. Portanto, o gerente é visto como todo o profissional que planeja, organiza, supervisiona, orienta e responsabiliza-se por trabalhos de uma determinada equipe. Sua função é dirigir ou gerir uma equipe de pessoas, englobando assim os supervisores, encarregados da divisão, entre outros. Enfim, gerente é a pessoa que obtém resultados através da sua equipe.

Reddin (1981), no entanto, acredita que para ser gerente é preciso que a pessoa ocupe um cargo numa organização e que se responsabilize pelo trabalho de outrem, possuindo autoridade formal. Ressalta ainda que o gerente pode exercer o papel de chefe e subordinado, simultaneamente, visto que ao mesmo tempo em que ele é chefe de alguém, também pode ser subordinado de outro que executa um cargo superior ao dele.

De acordo com Carvalho (1995), a gerência sofreu alterações com as mudanças ocorridas em nosso meio. Anteriormente atuava na maximização dos recursos organizacionais para a consecução de objetivos predeterminados. Portanto, o seu papel era o de agir certo, garantindo assim menores desperdícios de tempo, energia e recursos.

Esperava-se do gerente capacidade de comandar e controlar os seus subordinados para se alcançar as metas da organização. Seu papel era o de regulador do desempenho, considerando prioritariamente as exigências do sistema produtivo. Nesta visão o homem é visto como um recurso de produção, portanto a visão da gerência estava relacionada com o

modelo teórico de administração denominado modelo-máquina, o qual vê o homem como um recurso de produção, passivo e programável pelos especialistas para atuar dentro da organização.

A partir dos anos de 1930 e 1940, este modelo é substituído por um modelo humanista, que vê o homem como um ser pensante, auto-atualizante. Conseqüentemente, este modelo muda a função do gerente, que passa a exercer o papel de integrador das pessoas à tarefa e à organização através do mecanismo de satisfação dos empregados. Desta forma, espera-se que o gerente saiba lidar com as pessoas, tendo uma clara compreensão de sua natureza humana e social, que possua a capacidade de transmitir confiança e credibilidade à sua equipe, obtendo assim compromisso com a tarefa e a organização.

Para o autor, essa nova visão exige que o gerente tenha capacidade de administrar conflitos e mecanismos de negociação, que possua capacidade crítica a fim de identificar necessidades do ambiente, interpretar tendências, compreender seu impacto na organização, saber compartilhar poder com sua equipe, delegar responsabilidade e fornecer condições para que as pessoas possam expressar-se e exercer sua função de maneira que se atinjam os objetivos da organização, sem atingir ou prejudicar os individuais e os profissionais. Assim, o novo papel do gerente é ter capacidade de ensinar as pessoas a terem uma visão mais acurada e perspicaz da realidade. Matos (1993) o define como alguém responsável pela transformação das oportunidades em resultados.

Drucker (1999a) apregoa que durante a Segunda Guerra Mundial, o gerente era conhecido como a pessoa responsável pelo trabalho de seus subordinados, e tal conceito ligava a gerência à posição e ao poder. No início da década de 50, ele passou a ser o responsável pelo desempenho de outras pessoas. E, finalmente, hoje é o responsável pela aplicação e desempenho do conhecimento.

Para o autor, essa expansão do termo gerência, e conseqüentemente do gerente, está ligada ao valor que a sociedade atribui aos recursos (terra, mão-de-obra, capital e conhecimento) e à mudança de seu grau de importância para ela, o que gerou, portanto, sua diversificação nas diferentes épocas.

Atualmente, pelo conhecimento ter uma maior importância, Drucker (1974) define o gerente como qualquer trabalhador possuidor de conhecimentos, desde que assuma responsabilidade e que a sua posição e seus conhecimentos contribuam de forma significativa afetando, materialmente, a capacidade da organização de trabalhar, e de obter resultados.

Observa-se, portanto, que a gerência, nessas denominadas “evoluções” apenas trocou a roupagem, ainda hoje pode se perceber que está fortemente sendo visualizada como uma maneira de controle, preocupando-se mais com o fator financeiro. Isso denuncia que embora os economistas clássicos¹⁷ tenham visto a gerência de forma bastante reducionista, as teorias administrativas, formuladas posteriormente, ainda mantiveram a mesma essência, visto que tanto os embriões como os pensamentos administrativos emergiram sustentados nas idéias do sistema capitalista.

Cabe, portanto, entender como foram formuladas tais teorias, e refletir sobre a necessidade de romper com essas concepções administrativas fortemente baseadas no modo de produção capitalista, e adotar um modo superior de gestão.¹⁸

¹⁷ Segundo Braverman (1987), os economistas clássicos foram os primeiros a se preocupar, sob ponto de vista teórico, com os problemas da organização do trabalho no sistema capitalista de produção, e são considerados os primeiros peritos em gerência. O autor ainda afirma que entre esses e a formulação da teoria da gerência houve uma lacuna de mais de meio século.

¹⁸ Quando Faria (1985) argumenta sobre a necessidade de se ter “um modo superior de gestão”, ele refere-se às diferentes formas de se encarar a gestão nas organizações, que não sejam baseadas na manipulação, no sofisma e que sua abrangência atravesse a sociedade em todos os seus níveis estruturais, não se atendo somente à administração.

Com o propósito de entender melhor esse contexto faz-se necessário, antes de se definir, nesse estudo, qual o entendimento que se tem acerca da definição de gerente e qual a sua função no âmbito organizacional, compreender as formas organizativas.

2.3.5 Formas organizativas

Ao vislumbrar a história, podem-se averiguar diversas formas organizativas oriundas de diferentes estudiosos, épocas e escolas. Tais formas, ainda hoje, permeiam o âmbito organizacional. De acordo com Morgan (2000) não existe a melhor forma organizativa, pode-se utilizar uma em determinados momentos, outra em outros, ou mais de uma ao mesmo tempo.

Em contrapartida, Guerreiro Ramos (1981) critica as teorias organizacionais, apregoando que elas necessitam de reformulações, pois por se basearem no sistema de mercado, acabaram se fragmentando. Para o autor, as teorias existentes não passam de tautologia disfarçada, sem critérios próprios.

As idéias do pensamento administrativo foram sintetizadas no final do século XIX e início do século XX,¹⁹ com o movimento da administração científica, que teve a contribuição de vários teóricos clássicos – como Frederick W Taylor, que trouxe a administração científica; Henry L. Gantt, que contribuiu com o controle da produção; Frank Gilbreth com o uso da psicologia; Henri Fayol que introduziu a administração no currículo dos estudos, entre outros – que formaram a Teoria Clássica (LODI, 1977).

¹⁹ Cabe destacar que as origens do pensamento administrativo encontraram contribuições desde os economistas clássicos do final do século XVIII, podendo-se partir de Adam Smith, 1776, e do início do século XIX (BRAVERMAN, 1978; LODI, 1977; MORGAN, 2000; MÁTTAR NETO, 1997).

Estas escolas, sejam elas a escola clássica, a escola das relações humanas, a escola behaviorista, entre outras, trouxeram vários princípios que nortearam o pensamento administrativo e que, de certa forma, até hoje têm forte impacto no ambiente organizacional.

O conceito de *homo economicus*, preconizado por Taylor, foi um dos que trouxe um forte impacto. Ele pressupõe que o homem é movido por interesses econômicos, e que somente através deles é possível alcançar a eficiência máxima e o aumento da produtividade. Para os clássicos, então, o homem é um ser passível de manipulação e controle.

Essa idéia, na realidade, foi bastante assimilada pelas teorias organizacionais e sempre se mostrou presente, porém sobre outras roupagens. Braverman (1987) salienta que o controle de turmas grandes de trabalhadores antecede a época burguesa²⁰. Porém somente no sistema capitalista o método de total dominação econômica, espiritual, moral e física, mostra-se ancorado nas constrições legais e políticas.

Sendo assim, Faria (1985) afirma que a teoria administrativa tem como preocupação central a força de trabalho e os instrumentos que a torna “mais eficiente, eficaz, produtiva, satisfeita, cooperativa, harmônica, dócil e leal” (p. 187), não demonstrando interesse com o homem integral.

Na Teoria Clássica, pode-se ver que a participação e o envolvimento dos funcionários na organização eram bem limitados, restringiam-se à execução das tarefas de acordo com as ordens de seus superiores. Nesta época os empresários acreditavam que quanto mais ocupação e controle, menor seria o desperdício de tempo (ROCHA e CRUZ JÚNIOR, 1999 apud MELLO, 2000).

²⁰ Para o autor, “esses predecessores, todavia, empreendiam, sob condições escravistas ou outras formas de trabalho cativo, tecnologia, estacionária e ausência da necessidade capitalista de expandir cada unidade de capital empregado, e deste modo era marcadamente diferente da administração capitalista” (BRAVERMAN, 1987, p. 65).

Mello (2000) salienta que Taylor apregoava que devia existir cooperação entre os trabalhadores, e não individualismo, que os interesses dos trabalhadores tinham que ser iguais ao dos patrões, a fim de haver prosperidade de ambos. Porém essa idéia de participação do trabalhador era bem tênue, dando a esse, somente, a liberdade de propor sugestões referentes aos métodos de trabalho, e cabia aos seus superiores analisá-las. A participação era restrita e de acordo com as condições impostas pela direção.

Fayol contemplava uma maior participação entre os indivíduos da organização, entretanto, centrava sua preocupação no nível gerencial. Aos subordinados era dada a iniciativa para conceber e executar, e os chefes tinham, às vezes, que se sacrificar para satisfazê-los (MELLO, 2000).

No modelo burocrático, essa participação estava vinculada a normas e regulamentos concebidos de maneira formal, racional e impessoal, restrita aos níveis hierárquicos, acreditando Weber que somente dessa forma era possível manter o controle. Pode-se perceber, portanto, que o controle sempre esteve por trás dos objetivos das organizações. A teoria administrativa, usando o discurso segundo o qual se preocupa com o desenvolvimento do ser humano, na realidade, estava centrando seus esforços na forma de gerir seus agentes, através do controle, seja de maneira sutil ou coercitiva.

Morgan (2000) salienta, então, que as organizações utilizam o poder²¹ como um instrumento para manter o controle. Nesta busca pela maximização do lucro, elas acabaram por considerar o homem como um objeto na mão do dominador.²²

²¹ O poder é objeto de desejo do homem seja por necessidade de sobrevivência (uma pessoa exerce poder sobre outra ou a outra exercerá sobre ela) ou mesmo por vaidade, para massagear o ego, o fato é que o poder apresenta-se na vida do ser humano como parte de sua existência. Sempre as pessoas exercem o poder, seja em âmbito pessoal ou profissional, seja adquirindo-o naturalmente, como nas sociedades patriarcais, nas quais os pais exercem-no sobre a família, ou por capacidade conquistada – por exemplo, um chefe que exerce o poder sobre o funcionário. Follett (1997) apregoa que independe ele ser “bom” ou “mau”, servir enquanto meio para um fim ou enquanto fim em si mesmo, a questão é que a maioria das pessoas está, na maior parte do tempo, procurando

De acordo com Gramsci (1992), a racionalização do trabalho e da produção determinou um novo tipo de trabalho e produção, e conseqüentemente a necessidade de “formar” um novo tipo de homem, expressado por Taylor como “gorila domesticado”, desenvolvido ao máximo em atitudes maquinais e automáticas.

Em paralelo à teoria clássica, surge a escola das relações humanas, de acordo com Stoner Filho e Freeman (1985), ela é um modelo comportamental de controle organizacional, baseado no trabalho coletivo e cooperativo cujo controle deveria ser feito e orientado pelo grupo de trabalho, sendo que os administradores deveriam ser mais sensíveis ao comportamento eficaz de seus funcionários.

Seu surgimento deu-se a partir do momento em que a organização burocrática não atendia mais às necessidades da época, visto que as mudanças aconteciam cada vez mais rápidas e o sistema burocrático era moroso, pesado e inflexível. Tal fato exigia estilos de gerências mais democráticas.

Mello (2000) afirma que neste contexto a participação associou-se ao conceito de liderança, pois se acreditava que ela poderia resolver os problemas relativos às tarefas, principalmente os vivenciados pessoalmente pelo trabalhador. Sendo assim, para a autora só a partir da escola das relações humanas, a participação passa a ter relevância na teoria administrativa.

adquirir poder. Desde os primórdios, o poder estava vinculado à dominação e sujeição. Por exemplo, no feudalismo, a classe dominante, como o próprio nome diz, era a detentora do poder; na Idade Média o controle passou para nobreza. Enfim, sempre houve na relação de poder o dominador e o dominado, Foucault (1988) coloca-o como a correlação de forças entre os indivíduos que pode ser observado nas pequenas relações e no cotidiano.

²² Fica aqui evidente a caracterização do homem sob dois pólos, a “coisificação” e “reificação”. O dominado fica evidenciado como um objeto, enquanto o dominador fica caracterizado como o possuidor, o “rei”, o que cria o grau de inferioridade do homem-objeto em relação ao homem-rei. Esse último anula a identidade do primeiro, quando por meio dos processos de produção o transforma em uma mera peça. De acordo com Motta (1981) Weber considera a dominação como uma espécie de poder. Neste caso, o poder é como uma arma que aniquila o estado psíquico do homem, que está submetido a ele.

Apesar disso, cabe destacar que essa escola possui a mesma essência da escola clássica e da escola burocrática. Faria (1985) afirma que os diferentes enfoques tratados pelas teorias administrativas²³ dão conta de “variações das concepções da gerência científica de Taylor e da administração geral de Fayol e, desta forma, são enfoques em essencial semelhantes” (p. 190). Sendo assim, as diferenças desses enfoques centram-se nas transformações sociais e buscam modificações que garantam a posse do processo produtivo e a manutenção das relações de dominação. A participação, nesse ínterim, não passa de um instrumento de manipulação sutil.

De acordo com Mello (2000) a participação na abordagem comportamental aumenta o poder de controle e liberdade de escolha do subordinado; na Teoria Sistêmica, apresenta-se como uma das soluções para resolver conflitos através da descentralização da tomada de decisão nas subestruturas; e na Teoria Contingencial, as empresas passam a ser vistas como sistemas abertos, cujos funcionamentos dependem do meio interno e externo, e a participação toma uma posição importante.

Observa-se que houve uma transferência na maneira de manipular o poder. As organizações nos seus primórdios trabalhavam com o poder-sobre, entendendo que só havia um modo de exercer o poder sobre as pessoas, através da dominação. Depois entenderam que poderiam usar uma forma mais sutil, que seria através da conciliação, visto que onde há dominação, também se fazem presentes a resistência e o conflito, por isso, passou-se a crer que por meio da conciliação poder-se-ia amenizá-los.

No entanto, Follett (1997) apregoa que tanto o poder através da dominação, como através da conciliação, constitui um poder mandatório (poder-sobre). Por isso a autora

²³ O autor ao fazer referência à teoria administrativa, considera de Taylor e Fayol até a Teoria Z.

acredita que há necessidade de desenvolver um poder consultivo (poder-com), ou seja, um poder compartilhado, desenvolvido em conjunto.

Tal fato decorre da crença da autora que a organização é uma instituição social que contribui tanto para o progresso da sociedade como para o progresso dos indivíduos. Portanto, deve-se considerar sempre o que é ético e moral para o todo. Sendo assim, ela defende o poder-com, que busca reduzir o poder-sobre, através da integração, a partir da qual se reavaliam os interesses em jogo, de forma que se encontre um caminho que melhor se adapte para atender a todos os interesses, permitindo a unificação das diversidades. Claro que em muitos casos, essa integração não é possível, mas se assim o for é viável utilizá-la, pois desta forma nenhum lado será sacrificado, pressupondo que integrar é criar algo novo; conciliar, não.

Entender isso é fator fundamental, só que a idéia de eliminar conflito não pode ser aceita. Srouf (1998) argumenta que toda tomada de decisão é processada num contexto no qual imperam interesses contraditórios dos agentes envolvidos, independentemente de haver consciência disso. Já Follett (1997) entende que o conflito construtivo é importante para a criação de novos valores.

Vislumbra-se que para a ocorrência do progresso do indivíduo, da organização e conseqüentemente da sociedade, é imprescindível que o homem participe do contexto em que está inserido. Todavia, para participar faz-se necessário que ele desenvolva uma ação,²⁴ o que pressupõe a capacidade de ter consciência de seus atos.

Neste contexto, pode-se considerar que o poder só será legítimo quando for resultado de um consenso, ou seja, “o poder resulta da capacidade humana, não somente de agir ou de

²⁴ Para Guerreiro Ramos (1981, p. 50-51) “o comportamento é uma forma de conduta que se baseia na racionalidade funcional ou na estimativa utilitária de conseqüências [...]. Em contraposição, a ação é própria de um agente que delibera sobre coisas porque está consciente de suas finalidades intrínsecas”.

fazer algo, como de unir-se a outros e atuar em concordância com eles” (ARENDT, 1970 apud HABERMAS, 1980, p. 101).

Sendo assim, o gerente tem que ser entendido como uma pessoa que instigue essa capacidade do ser humano em participar de maneira efetiva no contexto em que vive, abrangendo todos os níveis de sua vida, considerando-o como um ser biopsicossocial. Ou seja, a gerência deixa de ser uma aniquiladora do ser humano, reduzindo-o a uma máquina passível de manipulação e passa a ser uma fomentadora das potencialidades humanas, considerando o homem como um indivíduo político²⁵.

O poder existente nessa relação corresponde ao definido por Hannah Arendt como “faculdade de alcançar um acordo quanto à ação comum, no contexto da comunicação livre de violência”. Tal conceito contrapõe-se ao que Weber entendia “como a possibilidade de impor a própria vontade ao comportamento alheio” (HABERMAS, 1980, p. 100).

Gonçalves (1983) apregoa que a organização de saúde tem três funções relacionadas à sua vida interna, sendo a primeira referente à necessidade dos profissionais serem envolvidos na participação a fim de ampliá-los e capacitá-los buscando um espírito de equipe. A segunda é preservar e estimular a motivação desses profissionais diante das atividades que eles tem que desempenhar. E a última trata da participação no desenvolvimento de pesquisas em todas as atividades: médica, biológica, institucional, farmacológica, entre outras.

Considerando essas características, bem como o fato de o hospital constituir uma organização social, a presença de tal gerente faz-se necessária, posto que contribuirá para que os profissionais da área desenvolvam as características do indivíduo participativo.

²⁵ “O indivíduo político é aquele que consegue desenvolver suas potencialidades de forma a atingir plena consciência de suas ações” (SANTOS, PEREIRA e TORRES, 2002, p. 3). Tal consciência possibilita aquilo que Aristóteles chama de vida comunitária.

A participação não deve, então, ser vista como uma ferramenta de manipulação, mas como uma fomentadora de desenvolvimento, seja esse pessoal, profissional, organizacional ou social. Na próxima seção será feito um aprofundamento acerca dessa concepção de participação.

2.4 Participação

Na realidade, os ideais de participação estão arraigados a idéias bastante antigas. Nas organizações, como já pôde ser observado, essa participação vem sendo sentida há tempos como uma forma de a empresa aumentar sua eficiência e sua produtividade. Ainda cabe ressaltar que a participação apresentou características peculiares em cada época.

Por ser um tema bastante polêmico, cheio de interpretações e divergências, dele se originaram diversidades conceituais e terminológicas. Conseqüentemente, Greenberg (1975) e Storch (1987) (apud GUIMARÃES, 1995) afirmam a existência de quatro escolas com pensamentos bem distintos sobre participação, que divergem entre si quanto às formas, valores e resultados esperados. São elas: Escola Gerencialista; Escola dos Psicólogos Humanistas; Escola dos Democratas Clássicos; e Escola da Esquerda Participatória.

A Escola Gerencialista originou-se da escola de relações Humanas (Mayo e colaboradores) nos EUA, inspirada nas experiências de Hawthorne. Ela vê a participação dos trabalhadores como um meio de atingir a eficácia organizacional, quer seja em termos de aumento da produtividade ou de adaptação à mudança. Portanto, a participação aqui se refere a uma ferramenta que a gerência utiliza para atingir seus objetivos e não como um direito dos trabalhadores.

A Escola dos Psicólogos Humanistas permanece com a mesma idéia de que a participação é meio de manipular o trabalhador para atingir a eficácia máxima dos resultados organizacionais. Essa se difere da primeira, por sua ênfase, pois os psicólogos preocupam-se com o efeito que o trabalho causa no desenvolvimento pessoal e na saúde do trabalhador. Tem-se como base teórica as teorias psicológicas de motivação humana (Maslow, Likert, Argyris, McGregor).

Já a Escola dos Democratas Clássicos tem sua base teórica nas teorias democráticas clássicas (Rousseau, Tocqueville, S. Mill). Possui origem européia e está associada à ideologia democrática, que pressupõe que através da sabedoria coletiva, as pessoas tomam decisões inteligentes e eficazes, considerando essa, portanto, como a melhor maneira de tomar decisões de forma mais positiva e igualitária. Para eles, a participação democrática é vista como um direito em si mesmo, independente do impacto que cause na eficácia.

A Escola da Esquerda Participatória, também originada na Europa, possui sua base teórica nas correntes não leninistas (Gramsci e seguidores). Defendem a idéia de que a participação deve abranger todas as esferas da vida pessoal, de forma que desenvolva plenamente as pessoas e melhore o desempenho organizacional.

Motta (1987) afirma que as idéias participacionistas no mundo se desenvolveram correspondendo ao crescimento da importância da social democracia. Os autores acreditam que a participação é a democratização da sociedade, e pode ter sua legitimidade na medida em que surgem as reivindicações do movimento real dos trabalhadores.

No entanto, pode-se averiguar que a participação no âmbito organizacional é requerida pelos dois lados. De um lado estão os trabalhadores, que a vêem como um direito em si mesmo. Do outro, estão proprietários (empresários), que a vêem como uma ferramenta que permite melhorar o desempenho da organização, pois segundo Vasconcellos e Cruz (2000),

ela possibilita superar as barreiras burocráticas e determinísticas na busca da modernização organizacional. Percebe-se, então, que os objetivos dos trabalhadores e dos proprietários frente à participação divergem.

Matos (1980) apregoa que as novas mudanças do mercado condicionam as pessoas a alterarem seus comportamentos, o que torna os métodos de gestão incompatíveis para atender a nova realidade, criando, assim, a necessidade de revisá-los, na medida em que as pessoas no trabalho mostram tendências para autodireção – diminuem a ação diretiva e aumentam a participação na determinação dos objetivos; autocontrole – maior liberdade para assumirem os riscos das tarefas sem que haja interferências constantes; criatividade – aumenta a oportunidade de contribuir com as próprias idéias; delegação – possuem liberdade de decidir através das informações básicas disponíveis; participação e co-responsabilidade – possuem oportunidades de ouvir e serem ouvidas, como também de serem engajadas no planejamento e na execução; e resultados – saberem o que está se realizando, verem os produtos do seu trabalho.

Assim sendo, as rápidas mudanças forçaram a criação de diferentes interpretações do termo participação, de forma que se consiga atender às diversas e novas situações. Bordenave (1986) afirma que embora a palavra participação pareça simples, ela possui muitas interpretações que são oriundas de diferentes conceitos gerados em relação à sua forma e à sua intensidade nos indivíduos. Conclui-se então que a participação está ligada à forma como uma pessoa relaciona-se com o grupo e desempenha seu papel.

Para o autor, as diversas maneiras de participação podem ser classificadas como: participação de fato; espontânea; imposta; voluntária; provocada; e concedida. Ele acredita que seus objetivos podem ter cunho pessoal, social, político, organizacional, entre outros.

Kanaane (1994) defende que a participação, no ambiente organizacional, permite que os indivíduos envolvam-se no processo de trabalho, de forma a alcançar a integração do homem na produção. Para ele, essa está relacionada à distribuição de poder, autoridade, propriedade, coordenação e integração no processo de tomada de decisão.

Ainda segundo o autor, como abordagem gerencial, a participação está amparada na motivação, com o objetivo de atingir desempenho, produtividade e satisfação no trabalho. Ela é o ato e a capacidade de influir, de controlar, de ter poder, de envolver-se ativamente sobre uma ação que indique o grau de comprometimento de uma pessoa ou grupo sobre as decisões organizacionais. Portanto, diz respeito à motivação e às habilidades individuais, passando pela liderança e dinâmica de grupo, incluindo até fatores organizacionais, estruturas sociopolíticas, e processos em cada sociedade e entre sociedades.

Enquanto Matos (1993) a define como co-responsabilização, correspondendo assim à produtividade, que pressupõe visão de liderança e de sua prática, Vasconcellos e Cruz (2000) a define como o envolvimento mental e emocional das pessoas em situações de grupo que as encorajam a contribuir para os objetivos, assumindo as responsabilidades para alcançá-los. Neste processo, o indivíduo envolve-se por completo de maneira a contribuir com o outro e a aceitar as responsabilidades que o processo demanda dentro e fora da organização.

Mota (1982, apud GUIMARÃES, 1995) interpreta a participação como um meio ou estratégia que a gerência utiliza para diminuir e regular os conflitos na empresa, sem que haja necessidade de utilizar a coação física.

Percebe-se que o significado da participação está relacionado com o contexto em que está inserida, bem como com o grau de sua necessidade na vida do indivíduo tanto em nível profissional como pessoal. Mais uma vez, pode ser observado que no âmbito organizacional essa participação é entendida, ainda, de uma maneira bastante limitada.

As interpretações do termo participação variam de uma necessidade de controlar o comportamento das pessoas até como um direito em si mesmo que permite o desenvolvimento pleno do indivíduo. Pode-se observar também que existem diferentes níveis, graus, condicionantes e formas de participação, que são abordados a seguir sob a ótica de diferentes estudiosos.

2.4.1 Níveis, graus e condicionantes da participação

De acordo com Mendonça (1987), existem dois condicionantes da participação, um é referente a fatores psicossociais e o outro ao tipo de estrutura da organização. No primeiro as iniciativas de participação são influenciadas pelo meio social, o segundo diz respeito à estrutura da organização. Averiguou-se que, dependendo do tipo, pode-se criar obstáculos ou viabilizar a participação, sendo incompatível com estrutura hierárquica rígida e piramidal.

Bordenave (1986) reforça acrescentando que a flexibilidade e descentralização possibilitam um desenvolvimento mais natural da participação, e que a distribuição de função é um aspecto muito importante a ser considerando. Sabe-se também que numa organização grande e complexa há necessidade de mecanismo de delegação e representação, devido à dificuldade de todos os membros participarem nas decisões.

Para o autor, o tipo de liderança também influencia, por exemplo, o tipo democrático facilita a participação, enquanto o autocrático, o oligárquico ou o centralizado inibem ou dificultam-na. Outros condicionantes são as qualidades pessoais e a filosofia social da instituição que podem exercer o papel de facilitadores ou inibidores da participação.

Tem-se também a distinção de níveis, em que os mais baixos só participam das decisões rotineiras que afetam as condições do trabalho. Os de níveis mais altos são

associados às decisões que afetam as estratégias da empresa. Porém, alguns autores em vez de estabelecer uma divisão em dois níveis, fazem-na em três: estratégico; tático; e operacional (GUIMARÃES, 1995).

Esta distinção de níveis é muito conveniente para se determinar tomadas de decisões mais concretas e satisfatórias, pois as pessoas mais indicadas para saber o impacto que as decisões podem causar no seu trabalho são elas mesmas. Outra viabilidade é que o nível mais baixo, tomando a decisão da rotina do trabalho, diminui as preocupações dos níveis mais altos, possibilitando assim que eles tenham mais tempo para as estratégias.

A decisão de a participação ocorrer em todos os níveis ou não varia de empresa para empresa, dependendo de sua cultura (aspectos estruturais, poder etc.), metas etc. Por isso Guimarães (1995) especifica que a participação pode ocorrer nos três níveis (operacional, tático e estratégico) ou somente em um, sem a necessidade de atingir todos simultaneamente.

Há ainda instrumentos analíticos que permitem diagnosticar experiências participativas. Um deles é o de Bordenave (1986) (Figura 01), no qual é adotada uma escala, com sete níveis, do mínimo ao máximo acesso ao controle de decisão pelos membros. A informação representa o menor grau e a autogestão, o maior grau. Esse instrumento recorta transversalmente o sistema decisório da organização e pontua o momento decisório com participação.

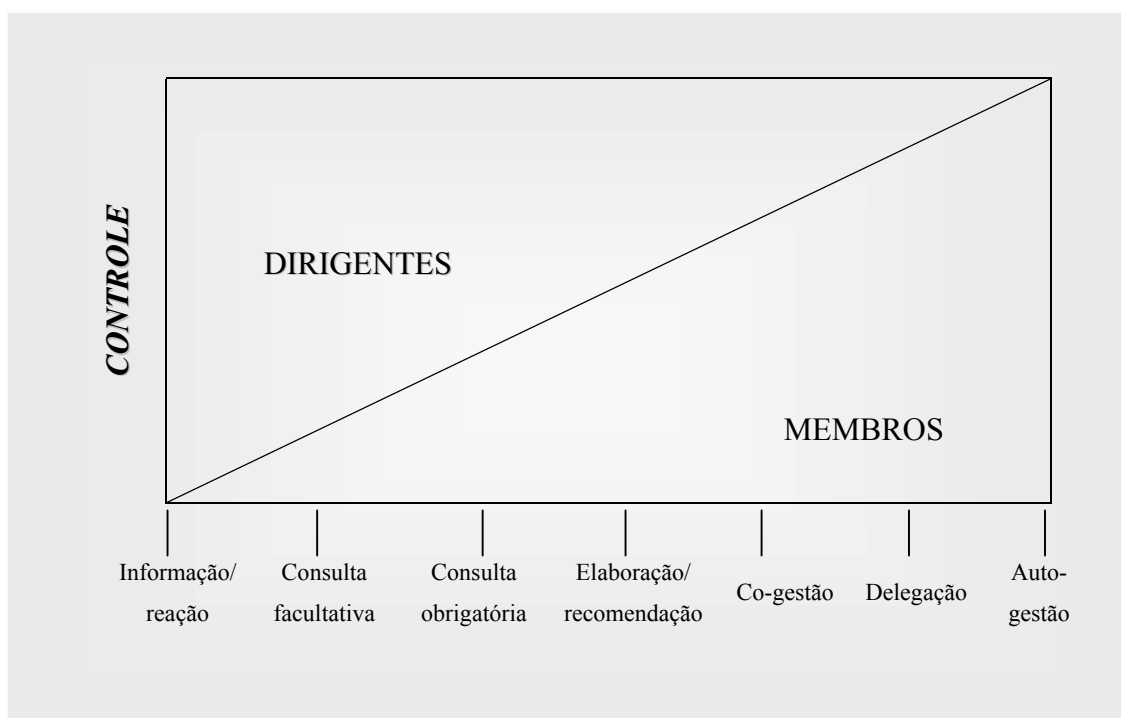


FIGURA 01 – Graus de participação. Fonte: Bordenave (1986, p. 31).

O outro instrumento é a organização das decisões e níveis de acordo com sua importância. Tais níveis podem ser distinguidos pela enumeração dos passos da programação, em que o nível 1 é a formulação da doutrina e da política da instituição; o nível 2 é a determinação de objetivos e estabelecimentos de estratégias; o nível 3 é a elaboração de planos, programas e projetos; o nível 4 é a alocação de recursos e administração de operações; o nível 5 é a execução das ações; e o nível 6 refere-se a avaliação dos resultados.

2.4.2 Formas de participação

A participação possui duas formas distintas que podem coexistir paralelamente. São consideradas as legalmente estabelecidas a partir dos sistemas legais e formais, categorizadas como *de jure*. E também podem ser voluntárias, categorizadas *de facto*, sendo prescritas

informalmente, através da capacidade efetiva do trabalhador de se organizar para atuar sobre o processo decisório da empresa (IDE, 1979 apud GUIMARÃES, 1995).

As participações legais são importantes para estabelecer ordens e critérios para serem seguidos de acordo com o grau e as formas, entre outros, a fim de evitar conflitos, baderna etc. No entanto, é preciso haver também as voluntárias, visto que podem existir pessoas, que embora as participações não lhes concedam determinada participação devido ao cargo, nível etc., têm capacidade para o desempenho da organização.

De acordo com Abrahamson (1977 apud STORCH, 1987) existe a participação sócio-técnica, essa envolve questões relacionadas com as atividades rotineiras do trabalho, diria-se que é limitada ao âmbito das tarefas e à participação política que envolve questões mais amplas, tais como: políticas e estratégias das empresas, como também introdução de inovações tecnológicas e sócio-organizacionais (GUIMARÃES, 1995).

Portanto, segundo Erdmann, R. (1998), pode-se observar que para Motta (1982) a forma de participação varia de acordo com as distintas formações sociais, ou seja, pode ser influenciada pela estrutura social, econômica, jurídico-institucional, e por fatores culturais. Destacam-se assim as seguintes formas de participação: participação dos trabalhadores nos lucros da empresa; prática de consultar os trabalhadores ou seus representantes; participação direta ou através de representantes nas decisões administrativas; e, por fim, o envolvimento dos trabalhadores na tomada de todas as decisões dentro de determinada área de autoridade.

O autor destaca ainda a tipologia da participação descrita por Tabb e Goldfarb (apud MOTTA, 1982), que é baseada em quatro critérios: a base normativa da estrutura – que seria o sistema de regras, em que estão determinados o papel e a função da participação, base esta que, derivada de acordos coletivos locais e nacionais, e de lei ou estatuto constitucional, assegura sua existência; a amplitude da participação – que se refere ao tamanho do grupo envolvido na administração ou no processo decisório da organização; o grau de participação –

refere-se à competência, na qual envolve a natureza das decisões e o grau de obrigatoriedade na implementação das decisões; e, por fim, o critério das recompensas materiais – envolvendo a distribuição ou não dos rendimentos da participação entre os trabalhadores.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a participação nas decisões pode ocorrer de outras formas, como: participação nos lucros; participação no capital; organização e participação popular no desenvolvimento da organização. Existem ainda três critérios para se classificar a participação dos trabalhadores na gestão das organizações, são eles: através de objetivos – determinantes de ordem ética, político-social, e econômica; através de métodos – que é uma forma de efetivar essa participação, por meio de informação e consulta, negociação coletiva, co-decisão em comitês, conselhos ou similares, participação nos órgãos dirigentes, autogestão; e através de domínio – que estende a participação nos campos de exercícios (problemas de ordem técnica e de execução, problemas de emprego e pessoal, problemas de política econômica e financeira da organização e política em geral). (ERDMANN, R., 1998)

Já para Pateman (1992) existem três tipos de participação: a pseudoparticipação, a parcial e a plena. A primeira compreende situações que não envolvem a participação dos empregados na tomada de decisões, sendo esses persuadidos a aceitar as decisões tomadas pela administração. Na parcial os trabalhadores podem influenciar nas decisões, mas a prerrogativa da decisão final permanece somente com a administração. E na plena cada membro isolado tem igual poder para determinar o resultado final da decisão.

O uso da participação plena ou parcial vai depender do tipo e complexidade do trabalho, da área envolvida, do grau de conhecimento, da sua profundidade e especificidade. Não pode haver participação plena no meio de pessoas leigas ou com conhecimento insuficiente para optarem igualmente na decisão final. Nesta situação precisa haver participação parcial, de maneira que as pessoas optem, mas, se não for conveniente, não

afetem os resultados. Porém, se todos tiverem o nível de conhecimento ou se ele for suficiente para tomarem decisões, neste caso, poderá haver participação plena.

A participação é caracterizada por Meister como: macroparticipação – compreende o envolvimento das pessoas em lutas sociais, econômicas e políticas, de maneira a interferir na história da sociedade; e a microparticipação – compreende a associação voluntária das pessoas em uma atividade benéfica, sem a pretensão única de tirar proveitos pessoais e imediatos (BORDENAVE, 1986).

Há a participação expressada de forma direta e indireta. Na primeira o trabalhador comunica-se diretamente com seus superiores, e na segunda comunica-se por meio de representantes. Ambas dependem da necessidade e estrutura da organização. Mendonça (1987), utiliza a figura comparativa de Lammers (1967), para averiguar a diferença entre elas, quanto aos subordinados, aos superiores, aos temas, às influências internas e ao grau de formalização (Figura 02). Observando assim que a participação direta está mais relacionada ao estilo de liderança e a indireta ao sistema de governo da empresa. O autor também destaca que essas duas formas de participação possuem origens e perspectivas conceituais diferentes. De acordo com os tipos, pode-se simplificar a participação direta como psicológica e pessoal, enquanto a indireta é mais sociológica, política e coletiva.

QUANTO A	PARTICIPAÇÃO DIRETA	PARTICIPAÇÃO INDIRETA
Subordinados	Empregados a título pessoal	Grupos representativos ou categorias de empregados
Superiores	Superiores	Diretores, gerentes
Temas	Trabalho ou matérias correlatas	Políticas geral da empresa
Influências internas	Ausente	Presente (governos e sindicatos)
Grau de formalização	Baixa	Alta (leis e regulamentos)

FIGURA 02 – Comparação entre participação direta e indireta. Fonte: Lammers (1967, apud MENDONÇA, 1987, p. 51).

A participação direta é destinada aos trabalhadores individualmente, enfatiza arranjos organizacionais a fim de permitir o desenvolvimento psicológico do indivíduo e do grupo. Seu pressuposto fundamental é identificar o conflito existente entre o indivíduo e a organização e preconizar a possibilidade de sua superação por meio de uma ação sobre o homem, através de motivações intrínsecas (MENDONÇA, 1987).

Há várias restrições e objeções quanto a esse tipo de participação, que são classificados em três tipos: operacionais – relativas ao próprio funcionamento da gerência; culturais – baseadas fundamentalmente nas teorias de motivação e liderança que embasam as técnicas de gerência participativa; e ideológicas (idem).

Portanto, a gerência participativa está vinculada a estudos sobre o comportamento humano, criando, assim, várias técnicas e instrumentos que geram diversas propostas para a implementação de uma cultura participativa. Tais técnicas e instrumentos são responsáveis pela promoção de mudanças culturais na organização, que envolve desde mudanças de comportamento até mudanças de valores (MELLO, 2000).

De acordo com Motta (1991) e Mendonça (1987), a participação indireta é destinada aos trabalhadores coletivamente e se desmembra em: negociação coletiva; comitê de empresa; co-gestão; e autogestão. A negociação coletiva dirige-se, de acordo com Motta (1991), às decisões da organização. O comitê de empresa vê a participação como consultivo e administrativo e não requer uma redistribuição de poder. A co-gestão contempla a existência de diversas situações, processos e mecanismos, sendo considerada um mecanismo complexo e vasto, e ao colegiado são assegurados a participação de decisões sociais, de pessoal e econômicas, o direito de co-participação, de colaboração e informação. Ela assegura uma influência da mão-de-obra na gestão do processo de trabalho e compartilha com todos os funcionários informações sobre as decisões estratégicas da empresa. “A autogestão representa uma proposta de ação coletiva, de matriz socialista, irradiando-se sobre toda a sociedade e ipso facto sobre suas empresas, organizações e instituições” (MENDONÇA, 1987, p. 87).

Mendonça (1987), coloca a participação no interesse de exercer poder sobre as decisões, estando a heterogestão associada à ação coletiva e organizada de mecanismos de planejamento, administração e controle, portanto, denuncia o modelo de gestão burocrática, em que se convém o interesse atual de dominação. Já a autogestão está associada a uma ação coletiva resultante de vontades isônomas. Pode-se perceber então pelo *continuum* demonstrado na Figura 03 que a heterogestão é o oposto da autogestão.

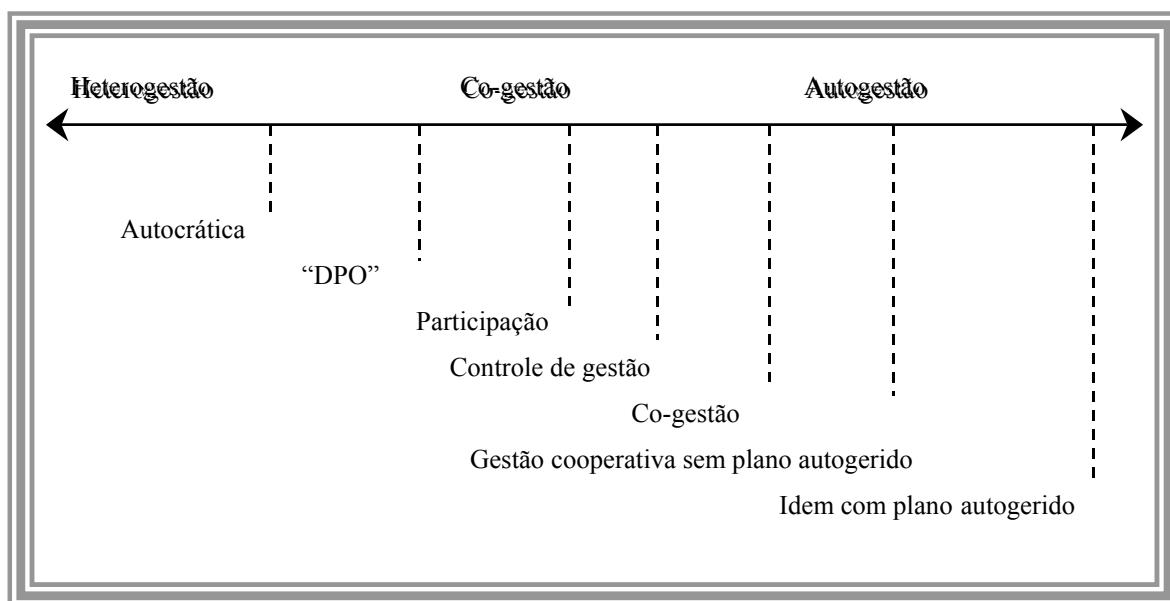


FIGURA 03 – *Continuum* das formas de gestão. Fonte: Mendonça (1987, p. 110).

Averiguou-se que todas estas formas de participação descritas e apresentadas na (Figura 04) são utilizadas conforme as necessidades da empresa. Por isso Vasconcellos e Cruz (2000) afirmam que para identificar e entender os mecanismos da participação dentro da empresa é necessário primeiramente analisar a estrutura, a cultura²⁶, o ambiente de trabalho, o relacionamento entre as pessoas, além dos sistemas de informação e comunicação, visto que a participação está atrelada ao tipo de processo decisório, ao estilo da gerência, às estratégias²⁷ empresariais e, principalmente, aos aspectos referentes à estrutura de poder, uma vez que é esta que caracteriza a administração da empresa como mais tradicional ou mais moderna.

²⁶ Motta (1995) define a cultura como sistemas de relações, como um contexto de significados, como algo que permite descrever os comportamentos de maneira inteligível, visto que seus significados variam. Para o autor a cultura é construída através de interações. Bennis (1999) salienta que as organizações complexas variam imensamente, especialmente no que se refere a suas culturas, ele ressalta três tipos de culturas: formal, universitária e personalista. Ver também Kanaane (1994) e Normann (1993), que também trabalham com esse tema.

²⁷ De acordo com Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), a definição de estratégia requer cinco definições: ela "é um plano, ou algo equivalente – uma direção, um guia ou curso de ação para o futuro, um caminho para ir daqui até ali [...]. É um padrão, isto é, consistência em comportamento ao longo do tempo [...]. É uma oposição, isto é, a localização de determinados produtos em determinados mercados [...]. É uma perspectiva, isto é, a maneira fundamental de uma organização fazer as coisas [...]. É um truque, isto é, uma "manobra" específica para enganar um oponente ou concorrente" (p. 17-20).

MOTTA	Participação dos Lucros	Participação através de Consultas	Participação Direta	Participação na Tomada de Decisão
TABB e GOLDFARB	Participação pela Base Normativa	Participação pela Amplitude	Participação pelo Grau	Participação pelas Recompensas
OIT	Através de Objetivos	Através de Métodos	Através do Domínio	
PATEMAN	Pseudoparticipação	Participação Parcial	Participação Plena	
MEISTER	Macroparticipação		Microparticipação	
LAMMERS	Participação Direta		Participação Indireta	
ABRAHAMSON	Sócio-técnica		Política	
IDE	<i>De Jure</i>		<i>De Facto</i>	

FIGURA 04 – Formas de participação.

Entretanto, devido à complexidade das organizações, podem-se utilizar tipos e formas de participações diferentes para determinado setor, departamento ou mesmo equipes, visto que as pessoas são distintas entre si, e que geralmente criam-se equipes com pessoas que têm pontos em comum e certo tipo de afinidades, comportando-se diferentemente de outras equipes. Também esta diferenciação relaciona-se com o tipo de serviço/tarefas a serem executados.

Erdmann, A. (1996) descreve bem esta diferenciação quando relata em seus estudos que as equipes de enfermagem não são iguais e nem homogêneas, e tratá-las como tal gera resistências que são demonstradas através da astúcia, atitudes ou circunstâncias cotidianas perversas, duplas, de desvio dos valores normativos, combatendo os diversos massacres individuais e sociais, quebrando lucidamente o ritmo produtivo.

Saber analisar qual tipo de equipe introduzir em um determinado setor, departamento ou mesmo empresa está relacionado com as tarefas a serem executadas. A grande dificuldade da maioria dos gerentes é saber distingui-las, como também qual equipe usar para determinada finalidade, visto que segundo Drucker (1999b), tem-se três tipos de equipes, que são consideradas ferramentas específicas para cada tipo de situação; onde cada uma tem seus usos, características, exigências e limitações próprias. Saber usá-las é vital, difícil e arriscado, mas fundamental para os gerentes. São elas: “equipe de beisebol”; “equipe de futebol”; e “equipe de dupla de tênis”.

Na primeira, as pessoas trabalham “na” equipe, pois elas têm posições fixas, que nunca podem ser deixadas. Essa equipe é inflexível, cada membro pode ser avaliado separadamente e possui metas claras e específicas, sendo responsabilizado e medido por elas.

A “equipe de futebol” trabalha “em” equipe, embora as pessoas possuam posições fixas, elas podem ir ao auxílio da outra, ou seja, possuem flexibilidade, e necessitam ser acompanhadas mais de perto.

E por fim, na “equipe de dupla de tênis” existem posições principais em vez de fixas, ela deve ser pequena, e seus participantes necessitam ter metas claras, precisam ser treinados em conjunto e possuir uma considerável flexibilidade em relação ao trabalho e ao desempenho de cada membro individualmente. Eles devem “cobrir” seus companheiros, de forma a ajustarem as suas forças e fraquezas e às demandas variáveis que aparecerem.

Por isso, surge a necessidade de adaptar o tipo de participação, conforme a necessidade das equipes, setores, departamentos entre outros, exigindo que a gerência tenha flexibilidade e coerência na hora de introduzir que formas de participações serão postas em prática.

Senge (1990) afirma que a humanidade, pela primeira vez na história, foi capaz de criar mais informações que o homem possa absorver, de gerar muito mais interdependência do que possa administrar, e acelerar as mudanças com muito mais velocidade do que se possa acompanhar. Isto faz com que o homem deixe de ver as partes e passe a ver o todo.

Essas transformações exigem que as empresas obtenham um sistema integrado, no qual todas as pessoas são responsáveis pelo produto final. Sendo assim, Motta (1991), afirma que há necessidade de se criar novas formas participativas de gerência a fim de buscar formas mais democráticas de administrar, em consonância com a evolução social, como também de tentar aumentar a eficácia da gerência.

Não se deve esquecer, no entanto, que o homem não é mais visto como um recurso ou máquina de seu semelhante, que pode ser controlado a mercê de sua vontade. Considerando o que Aktouf (1996) afirma, o máximo que ele pode ser é um parceiro, consciente e voluntário do seu semelhante, existindo uma relação de cumplicidade na produtividade, na qualidade e na inventividade de forma permanente.

Nesta nova visão, o gerente exerce a função de projetista, guia e professor, tendo a responsabilidade de expandir continuamente a capacidade das pessoas, de entender a complexidade, definir objetivos e aperfeiçoar modelos mentais. Sua tarefa é elaborar processos de aprendizagem que permitam que as pessoas compreendam as estruturas dos problemas que surgem, para enfrentá-los (SENGE, 1990).

Essa complexidade que impera em nosso meio, e as mudanças que acontecem de forma acelerada forçam o homem a possuir raciocínio sistêmico²⁸ e a ver o mundo de forma holística²⁹, para melhor desenvolver seu crescimento pessoal e profissional.

²⁸ Senge (1990) define o raciocínio sistêmico como “uma disciplina para ver o conjunto, uma estrutura para ver inter-relações em lugar de coisas, para ver padrões de mudança em lugar de ‘instantâneos’ estáticos” (p. 75).

Por isso, as relações de poder no âmbito organizacional têm que ser entendidas como a capacidade de autodesenvolvimento, que pode ser conquistada através da experiência, ou seja, podem se dar oportunidades para que as pessoas desenvolvam seu próprio poder, não se tratando, no entanto, de reduzi-lo, tirá-lo, ou transferi-lo. Ou seja, o verdadeiro poder não está na questão do quanto os gerentes estão dispostos a ceder, e do quanto os trabalhadores são capazes de assumir. Portanto, o papel dos gerentes, neste contexto, deve ser o de dar aos trabalhadores a oportunidade de desenvolverem a capacidade ou o poder, por si mesmos (FOLLETT, 1997).

Moscovici (1995) salienta que para a organização crescer é necessário que possa operacionalizar a convergência harmônica dos seus opostos – uma vez que necessita ter: auto-afirmação e integração, racionalidade e intuição, lógica e emoção, tecnologia e humanismo, razão e coração.

Sendo assim, cada pessoa é um ser único essencial ao bom funcionamento da organização, porém sozinha não consegue fazer nada, necessitando haver parcerismo, e troca recíproca entre as pessoas de dependências e independências. Erdmann, A. (1996) afirma que só através da relação de junção e disjunção pode-se atingir a plenitude. Sendo assim deve haver troca mútua entre a simplificação e complexidade, integração e diferenciação, homogeneidade e heterogeneidade. Não existe uma única maneira de alcançar o desejado, isso vai depender “das circunstâncias ou contingências ou pelo ‘depende’ das necessidades, desejos, oportunidades, conveniências, condições e possibilidades” (p. 88).

²⁹ Para Moscovici (1995, p. 25) “nem a massificação nem o individualismo servem ao propósito maior de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional no grupo. Conquanto antagônicas, as duas tendências do hólón são complementares e, por isso, podem prover equilíbrio ao sistema”.

Assim, ainda de acordo com as idéias de Erdmann, A. (1996), a concepção mais fortemente presente no processo participativo é a de ser humano político³⁰, capaz de estabelecer relações, interações e associações nos sistemas organizativos.

A partir dessa concepção e do entendimento da evolução do sistema de saúde, bem como do hospital, discorre-se, a seguir, sobre os hospitais universitários e, particularmente, sobre o HU/UFSC.

2.5 O Hospital Universitário

O hospital de ensino ou escola é definido como um hospital geral servindo de centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, e de centro de formação profissional das escolas de ciências da saúde (GERGES, PROENÇA E CUNHA, 1995).

Existe uma diferença significativa entre o hospital de ensino ou escola, e o hospital universitário. O primeiro serve de formação profissional, atua como um campo de estágio que aceita alunos para a formação do ensino, enquanto o hospital universitário é uma unidade de saúde de uma universidade, ou seja, pertence a ela e por ela é mantido com recursos específicos. Fraga Filho (1990) apregoa que o hospital universitário produz, no mínimo, dois tipos de produtos: serviços e recursos humanos, podendo também acrescentar a produção científica.

³⁰ “Aristóteles afirma que o homem é um animal político porque tem necessariamente de viver com outros homens. Ninguém consegue viver sozinho. Todos precisam da companhia uns dos outros. Deste modo, a política se refere à vida na polis, isto é, à vida comunitária, às regras de convivência e organização, aos objetivos e interesses da comunidade e às decisões que a todos afetam ou interessam” (DANTAS, 1988, p. 43).

A existência do hospital universitário é de inestimável relevância no contexto de educação e assistência à saúde, pois forma recursos humanos para atender, no processo saúde-doença, à sociedade, permitindo que a ela una-se a universidade, de maneira a buscar elementos que vitalizem o ensino e a pesquisa, propiciando o surgimento de novos conhecimentos, a fim de fornecer soluções aos problemas da comunidade e atender a suas aspirações (PEREIRA e MORIYA, 1994). Portanto, o hospital universitário torna-se um local apropriado para realizar e descobrir novos procedimentos que expressam a reorganização do trabalho na área da saúde.

Acredita-se que o hospital universitário adveio da necessidade de amenizar a deficiência (referente aos recursos humanos e econômicos) do setor saúde, tendo em vista que esse tem como finalidade preparar alunos de áreas afins para a prática da assistência à saúde, sendo um dos maiores centros de formação de recursos humanos deste setor, além de atuar também como prestador de serviços de saúde. Isso reforça a idéia de que ele segue dois parâmetros: escola e hospital (CERQUEIRA, 1996).

Por ser um centro de treinamento para os alunos das diversas profissões de saúde, tanto em cursos de graduação quanto de pós-graduação, à universidade a quem está vinculado é incumbido o papel de elaborar os currículos, programas e planos de ensino; de selecionar os métodos didáticos e de avaliação; como também lhe cabe a responsabilidade pela conduta disciplinar dos professores e alunos. Tal fato justifica a necessidade de haver harmonia entre suas metas, mantendo equilíbrio em relação aos objetivos fundamentais da universidade (o ensino e a pesquisa) e as exigências de saúde da sociedade. Apesar de estar ligado diretamente à universidade ou ao centro de ciências da saúde, é assegurada a ele a autonomia administrativa dos serviços (FRAGA FILHO, 1990).

Pereira e Moriya (1994) afirmam que a clientela do hospital universitário, geralmente, é da classe da sociedade mais carente economicamente, devido à oferta da assistência gratuita. Também cabe ressaltar que por ser considerado hospital de referência – por apresentar equipamentos sofisticados; alta tecnologia e, teoricamente, maiores recursos terapêuticos – tem-se uma pluralidade de doentes com diferentes diagnósticos, agregados aos mais diversos níveis de gravidade e/ou complicações. Por ter a necessidade de atender a objetivos didáticos, a permanência de seus pacientes é mais longa se comparada ao de outras instituições.

Fraga Filho (1990) apregoa que a prolongada permanência dos pacientes no hospital, junto com o preço do ensino, e o excesso de pedidos de exames complementares e de prescrições terapêuticas provoca um elevado custo na manutenção do hospital universitário, o que o transforma em alvo de críticas.

Outro fator que merece ser ressaltado é que seu sistema administrativo é complexo, devido à diversidade de poder existente entre os membros da direção geral, da medicina, da enfermagem e da administração (GERGES, 1994). Além disso, a presença de um elevado número de pessoas que exercem diversas atividades, envolvendo desde funcionários da instituição até alunos de diversificados níveis e cursos, faz com que esse tipo de hospital se torne um sistema mais complexo e difícil de ser administrado do que os de outras instituições.

No entanto, Siqueira (2001) diz que cada serviço compreende uma diversidade/heterogeneidade de profissionais, possuidores de características, valores, sentimentos e saberes específicos, que enriquecem o todo com suas particularidades e contribuem para as relações interconectivas/integrativas. Assim, por ser o hospital estruturado em serviços, há necessidade de que cada um destes mantenha uma inter-relação com o todo de maneira interconectada/integrativa e interdependente, de forma que possam todos os serviços integrar a totalidade, influenciando e sendo influenciados pelo sistema organizativo.

Na sua tese a autora percebeu a falta dessa interconexão/integração dos diversos serviços do hospital universitário estudado, acompanhada pela desorganização no processo de produção dos serviços e pela desmotivação relacionada com a ausência de comunicação entre e intra-serviços dos funcionários, podendo portanto ser averiguada uma turbulência na profundidade do sistema gerencial.

2.5.1 Hospital Universitário – HU/UFSC

O HU/UFSC é um hospital geral que funciona como órgão suplementar da UFSC. Foi inaugurado oficialmente em 2 de maio de 1980, porém já funcionava, com duas unidades de internação de clínicas médias e de nível ambulatorial, desde 24 de março, tendo sua diretoria geral tomado posse treze dias antes (SÃO THIAGO, 1983).

Esse hospital universitário é diretamente vinculado à Reitoria e harmonizado ao Sistema Nacional de Saúde vigente. De acordo com o art. 2º do Regimento Interno do HU/UFSC (1992), tem como objetivos:

- I – ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam;
- II – Prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária.

Desta forma, o Hospital tende a atender toda a comunidade, a comunidade universitária, instituições estatais e previdenciárias, e qualquer outra estipulada pela administração superior. Sua clientela engloba todas as pessoas sem restrições quantitativa ou qualitativa do indigente, previdenciário ou particular (SÃO THIAGO, 1983).

Segundo Gerges, Proença e Cunha (1995, p. 145), a direção geral do Hospital define que:

A filosofia do HU-UFSC (Debetir et al., 1991) é que “os pacientes não se encontram no hospital para promover uma oportunidade educacional para os estudantes, eles estão no hospital para serem assistidos, e é dando essa assistência que nós atingimos o mais alto nível de ensino. Nenhum esquema de ensino médico terá sucesso em preparar um bom profissional a menos que a assistência ao paciente seja o núcleo básico deste programa”.

Sendo assim, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina considera que o objetivo da Universidade (o ensino e a pesquisa) será atingindo através do atendimento às necessidades da comunidade.

De acordo com o art. 5º do Regimento Interno do HU/UFSC (1992), o HU é dirigido pela Administração Superior e Setorial. A primeira é constituída pelo Conselho Diretor (CD), Diretoria Geral (DG) e Vice-Diretoria (VD), enquanto que a administração setorial é constituída pelas Diretorias de Medicina, de Enfermagem, de Administração e Apoio Assistencial.

O planejamento é executado de várias maneiras. As equipes de medicina e de enfermagem, por exemplo, têm fundamental importância na elaboração do planejamento relacionado ao tratamento do paciente, enquanto que o administrador fica com o planejamento institucional.

De acordo com o art. 53º do Regimento Interno do HU (1992), os recursos financeiros necessários para suas atividades advêm de:

- I – dotação constante no orçamento geral de Universidade;
 - II – rendas auferidas de convênios firmados;
 - III – critérios abertos em seu favor;
 - IV – outras fontes.
- PARÁGRAFO ÚNICO – Os convênios propostos deverão ter aprovação preliminar do Conselho Diretor e demais instâncias previstas na Legislação Superior da UFSC.

De acordo com Gerges, Proença e Cunha (1995), com a vigência do SUS o Hospital passou a atender todas as pessoas, independentemente de seu convênio com a Previdência Social, o que leva o parágrafo único, exposto acima, a ficar inativo. Quanto aos recursos financeiros, o art. 54º do regimento interno do HU, determina que deverão ser necessariamente aplicados nele, seja para manutenção das atividades básicas ou desenvolvimento técnico-científico e de recursos humanos.

Porém, as verbas arrecadadas pelo hospital são escassas e não atendem a todas suas necessidades, de forma que se precisa de complementos. Sendo assim, quase não há recursos aplicados no seu desenvolvimento técnico-científico e de recursos humanos.

Com a criação do processo de descentralização, com ênfase na regionalização do modelo assistencial do Estado, o Hospital Universitário, por pertencer a 18ª Regional de Saúde, ficou enquadrado na macrorregião da Grande Florianópolis.

Ainda cabe ressaltar que, de acordo com a Secretária Estadual de Saúde de Santa Catarina, o HU/UFSC enquadra-se como hospital de grande porte, sendo habilitado em: atendimento em UTI; ortopedia (especialidade: ombro, mão, quadril, joelho, tumor ósseo); tratamento de câncer; atendimento AIDS-dia; esterilização (laqueadura e vasectomia); cuidados prolongados (especialidade: cardiovascular, pneumológico, neurológico, osteomuscular e tecido conjuntivo, AIDS e causas externas); e atendimento urgência/emergência II (MANUAL DE ORIENTAÇÃO, 1998).

3 METODOLOGIA

3.1 A Pesquisa

A explicação dos significados da existência individual e coletiva tem sido dada pelas religiões e filosofias há tempos. E a ciência é uma das formas de expressão desta busca incessante, e apesar de toda sua normatividade, é permeada de conflitos e contradições. Alguns pesquisadores defendem a idéia de que a cientificidade sustenta simultaneamente um pólo de unidade e outro de diversidade, sendo pensada como uma idéia reguladora de alta abstração. Embora as ciências sociais não trabalhem com a norma da cientificidade já construída, a pesquisa social é sempre tateante, mas, seu progresso, permite elaborar critérios de orientação cada vez mais precisos (MINAYO, 2000).

Para Goldenberg (2000), a metodologia científica auxilia a reflexão e propicia olhar o mundo de maneira científica, curiosa, indagadora e criativa. Minayo (2000) destaca que a metodologia possui concepções teóricas de abordagem; um conjunto de técnicas que permite a construção da realidade; e o despertar do potencial criativo do pesquisador. Para ela a pesquisa vincula pensamento e ação. Goldenberg (2000) argumenta que a pesquisa científica exige criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseia-se no confronto permanente entre o possível e o impossível; o conhecimento e a ignorância.

A preocupação das ciências sociais é a compreensão de valores, crenças, motivação e sentimentos humanos que só pode ocorrer quando colocada dentro de um contexto de significados. O pesquisador busca uma profundidade da compreensão do objeto em estudo (MINAYO, 2000).

Para Goldenberg (2000), os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos e exige que o pesquisador tenha flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los. O êxito do resultado depende da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador, conseqüentemente não é possível formular regras precisas sobre as técnicas de pesquisa qualitativa porque cada entrevista ou observação é única: depende do tema, do pesquisador e de seus pesquisados.

Em decorrência disso, essa dissertação utilizou a pesquisa qualitativa, a partir da qual o pesquisador buscou entender a realidade dentro de um contexto de significados, com o intuito de aprofundar a compreensão do objeto em estudo, situado em uma unidade organizativa, possibilitando a adoção do método de estudo de caso.

3.2 Método de Estudo de Caso

De acordo com Yin (1987), o estudo de caso deve ser escolhido quando o fenômeno sob estudo não é prontamente distinguível no seu contexto. Ele é um método que se caracteriza pela análise minuciosa e exaustiva, de um ou poucos objetos, de maneira que se possa adquirir o conhecimento de forma ampla e detalhada. Sendo uma tarefa difícil para os outros delineamentos de pesquisas, seu uso dá-se principalmente quando se tem necessidade de compreender fenômenos sociais complexos.

Para Lüdke e André (1986), o estudo de caso deve ser bem delimitado, com contornos claramente definidos. Deve-se ressaltar que ao mesmo tempo em que um caso é similar a outros, ele também é distinto, por ter um interesse próprio e singular. Sua preocupação principal é a compreensão de uma instância singular.

Para os autores, ele possui algumas características importantes, tais como: visa à descoberta, visto que o conhecimento está sempre em construção; busca compreender melhor o contexto em que está inserido, de forma que tenha uma visão mais completa do objeto estudado; procura retratar a realidade estudada de maneira profunda e completa; utiliza uma variedade de informações; revela experiência vicária e permite generalizações naturalísticas; objetiva representar as diferentes e às vezes conflitantes opiniões presentes numa situação social; e usa uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

Yin (1987) salienta que para desenvolver um estudo de caso é necessário que o pesquisador cumpra cinco etapas de seu plano de ação. Primeiramente, a formulação das perguntas de pesquisa. Depois, a abordagem teórica do problema, que vai permitir direcionar o estudo, facilitar a coleta de dados (o referencial teórico serve de guia) e possibilitar a generalização analítica. Essa etapa é derivada da primeira, e o referencial teórico precisa esclarecer: o que será explorado, qual o seu propósito, e qual critério será utilizado para determinar que a pesquisa foi bem sucedida. Em terceiro lugar, identificação da(s) unidade(s) de análise. Nesta etapa devem ser feitas, a partir das exigências, as perguntas de pesquisa. A quarta etapa refere-se ao estabelecimento de uma ligação lógica entre os dados e as proposições, sendo necessário fazer um encadeamento lógico do problema até as conclusões do estudo. E, por fim, a formulação de critérios para interpretar os dados, usando uma técnica específica que permita analisá-los e interpretá-los da maneira mais apropriada.

Esses motivos influenciaram a escolha desse método, principalmente porque o pesquisador buscou conhecer a realidade de forma minuciosa e exaustiva para melhor análise e compreensão do fenômeno estudado. Cabe ressaltar, ainda, que por ser um caso único e singular, as descobertas feitas possuem um valor intrínseco, pois a realidade estudada pode ser

vista sob diferentes perspectivas, dependendo do olhar do pesquisador, dos sujeitos envolvidos na pesquisa, das situações vivenciadas até o momento do estudo, do foco ou da delimitação do estudo.

Sendo assim, o mais importante neste estudo não são as generalizações a que se chegaram, mas sim a compreensão da participação no contexto hospitalar estudado. Destaca-se que essa compreensão não é definitiva, mas abriu portas para emergirem novos estudos, que permitam desencadear novas idéias, novos significados, novas compreensões, pois, como Lüdke e André (1986) afirmaram, “o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente” (p. 18).

3.3 Coleta de Dados

De acordo com Mendonça (1998), na coleta de dados é que o pesquisador vai realizar o seu planejamento para abordar a realidade investigada. Nesta etapa o pesquisador deve explicitar a melhor forma para obtenção dos dados que necessita para desenvolver seu trabalho, levando em consideração sua indagação, seus objetivos e seu método de pesquisa. É nesta fase que o pesquisador busca os dados que vão auxiliá-lo na obtenção da resposta do problema de pesquisa ou testar as hipóteses.

No estudo de caso os dados podem ser obtidos de fonte secundária e de fonte primária. A secundária é obtida através de dados que já foram documentados. Na fonte primária os dados são obtidos diretamente junto aos atores sociais, através de entrevistas e/ou observação. Uma fonte complementa a outra, pois as informações dos indivíduos revelam a real natureza dos documentos e, por sua vez, esses comprovam as reais atitudes tomadas pelos indivíduos (MENDONÇA, 1998).

Esta pesquisa utilizou tais fontes da seguinte maneira: nas fontes secundárias, realizaram-se consultas a documentos da instituição (regimento), livros, pesquisas que já tinham sido realizadas, sendo que tal busca visou coletar e complementar as informações sobre a instituição; com relação às fontes primárias, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas para obtenção dos dados, visto que, segundo Andrade (1997), a entrevista permite ao pesquisador produzir uma melhor amostra da população estudada, e poderá esclarecer eventuais dúvidas, permitindo a correção de enganos dos informantes antes das respostas serem registradas.

Richardson et al. (1999), ainda salientam que ela é usada quando se precisa de uma estratégia mais flexível, buscando conhecer mais a população entrevistada e quando o pesquisador não deseja impor sua visão da realidade. Além disso, ela permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre o pesquisador e o pesquisado.

As técnicas de entrevista variam conforme o contexto em que estão inseridas, mas em geral, no começo a entrevista é bastante livre, depois pode ser mais diretiva aos aspectos da problemática a ser levantada. Conforme Richardson et al. (1999), há a entrevista dirigida, a guiada, e a não diretiva. A primeira desenvolve-se a partir de perguntas precisas, pré-formuladas e com uma ordem pré-estabelecida. A guiada permite ao entrevistador o uso de um guia de temas a serem explorados no decorrer da entrevista. Já na não diretiva, o entrevistador desempenha apenas a função de orientador e estimulador, permitindo ao entrevistado desenvolver suas opiniões e informações da maneira que ele achar mais conveniente.

Neste trabalho foi aplicada a entrevista dirigida, pois o pesquisador já tinha de antemão um roteiro a ser seguido, porém, com uma flexibilidade bem grande devido às especificidades existentes em cada unidade.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Ao levar em consideração a Figura 05, e analisar as atribuições do diretor, vice-diretor, dos diretores da administração, do apoio-assistencial, da medicina, além dos chefes de divisão e de seção (Anexo A), fez-se a distribuição dos gerentes do Hospital Universitário por níveis, conforme mostrado na figura 06.

NÍVEIS QUANTO A	ESTRATÉGICO	TÁTICO	OPERACIONAL
<i>Pessoas</i>	Diretores, proprietários ou acionistas, presidente, superintendente e altos executivos.	Gerentes de divisão, gerentes de departamento e chefes.	Supervisores e executores
<i>Responsabilidade ou processo decisório</i>	Toma a decisão; define os objetivos e a estratégia para alcançá-los; formula as políticas gerais.	Elabora planos e programas específicos; cuida da adequação das decisões tomadas no nível estratégico com as operações realizadas no nível operacional.	Executa as operações e tarefas; rotinas e procedimentos.
<i>Ambiente</i>	Externo, mutável e complexo. Lida com a incerteza. Sistema aberto.	Confronta com os dois componentes (incerteza e racionalidade limitada). Mediador, flexível, elástico.	Ambiente interno, voltado à certeza e à lógica. Racionalidade limitada. Sistema fechado.

FIGURA 05 – Níveis organizacionais. Fonte: Figura montada de acordo com dados retirados de Chiavenato (1993).

ESTRATÉGICO	Diretor Geral (DG) e Vice Diretor (VD). <i>Diretoria:</i> Diretor (Gerente) de Administração (DA); Diretor (Gerente) de Apoio-Assistencial (DAA); Diretor (Gerente) de Medicina (DM); Diretor (Gerente) de Enfermagem (DE).
TÁTICO	11 gerentes de divisão: Divisão de Manutenção e Serviços Gerais (DMSG); Divisão de Administração (DAD); Divisão Auxiliar de Pessoal (DAP); Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório (DEEA); Divisão de Enfermagem em Atendimento Interno (DEAI); Divisão de Clínica Médica (DCM); Divisão de Clínica Cirúrgica (DCC); Divisão de Pediatria (DPT); Divisão de Tocoginecologia (DTG); Divisão de Apoio Assistencial (DAA); Divisão de Diagnóstico Complementar (DDC). 61 gerentes de serviços; e 14 gerentes de seção.
OPERACIONAL	Os executores.

FIGURA 06 – Distribuição dos gerentes do Hospital Universitário por níveis de acordo com o seu organograma.

A escolha dos entrevistados foi aleatória para as chefias de serviço. A pesquisadora chegava ao local de serviço e fazia o convite, quando o gerente não se encontrava no local, a pesquisadora ia a outra unidade, repetindo o procedimento. A escolha do diretor geral e das diretorias e chefias de divisão foi intencional, e quando os escolhidos não estavam, o pesquisador voltou em um outro momento para fazer o convite.

De todos os convites feitos, somente um convidado (chefia de serviço) recusou-se, e, quando isso aconteceu, a pesquisadora passou o convite à outra chefia de serviço da mesma divisão. Foram realizadas 31 entrevistas, pois, quando se chegou nesta quantidade de sujeitos entrevistados, foi averiguada a saturação dos dados e/ou informações (repetitividade e consistência).

Foi possível entrevistar, no nível estratégico, o diretor geral e os quatro diretores (diretorias de administração; apoio-assistencial; medicina e enfermagem), e no nível tático

foram entrevistados doze gerentes de divisão e treze gerentes de serviços e um gerente de seção.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2002 e tiveram um tempo médio de 50 minutos, levando a de menor tempo mais ou menos 20 minutos e a de maior tempo de mais ou menos 1 hora e 20 minutos. O período de uma entrevista a outra variou bastante, pois elas dependeram da disponibilidade de tempo dos entrevistados.

Houve algumas entrevistas que, apesar de aceitas pelos entrevistados, foram por eles marcadas para depois das férias que estavam para acontecer. Também houve alguns contratempos, por exemplo, um cancelamento de última hora devido a alguns imprevistos no setor. No entanto, ressalta-se que houve entrevistados bastantes disponíveis, que, no momento do convite, já concederam a entrevista.

As perguntas norteadoras da pesquisa foram:

- a) Qual o significado de participação?;
- b) Quais as formas e condicionantes de participação “nos” e “entre” os níveis gerenciais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina?;
- c) Como funciona o processo participativo nas relações de trabalho dos profissionais de saúde desta instituição?; e
- d) Como funciona a relação e estrutura de poder nesta instituição?

Norteadas por estas questões, a pesquisadora formulou um roteiro cujo propósito era justamente vislumbrá-las (Anexo B). Logo após, foi aplicada uma entrevista teste para comprovar a eficiência de tal roteiro e também para familiarizar a entrevistadora com o processo. Sendo o resultado positivo, a pesquisadora partiu para o campo.

3.5 Registro dos dados

Os dados foram registrados em memorização, anotações, quando necessárias, gravadores (com permissão por escrito do entrevistado) e computador. As entrevistas foram gravadas para se obter as informações na íntegra; sendo depois passadas pelo processo de transcrição realizado pela própria pesquisadora. Tal processo foi sendo realizado, na medida do possível, logo após as entrevistas, com o intuito de aprimorar possíveis erros ou falhas na condução da entrevista como também para evitar acúmulo de informações e sobrecarregar o trabalho de transcrição, que por si só já é exaustivo e volumoso.³¹

Os dados coletados ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora. E após sua análise, foram armazenados em arquivo de computador com acesso somente por senha exclusiva da pesquisadora, como também em disquete e CD, até a defesa pública da dissertação.

3.6 Análise de Dados

Nesta etapa foram sistematizados e analisados os dados oriundos das fontes secundárias, visando à obtenção das informações a respeito da realidade estudada.

Existem várias estratégias para a análise dos dados, este trabalho utilizou a análise de conteúdo descrito por Bardin (1977), que se trata de um conjunto de técnicas de análise das comunicações através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

³¹ Chegou a um total de 439 páginas digitadas em A4, tamanho da letra 12, espaço 1,5.

mensagens, indicadores – sejam esses quantitativos ou não – que permitam a inferência³² de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens, tendo por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, podendo, ainda, utilizar uma ou várias operações, que se complementam de forma a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

Para a autora, essa análise de conteúdo pode trabalhar com a palavra, ou seja, “a prática da língua realizada por emissores identificáveis” (BARDIN, 1977, p. 43); trabalhar com mensagens (comunicações). Além disso, leva em consideração as significações (conteúdos) e a sua forma, além da distribuição de ambos; como também procura conhecer o que está por trás das palavras; buscando outras realidades através das mensagens. Seu objetivo é tratar as mensagens (conteúdos e sua expressão) a fim de evidenciar os indicadores que permitem a inferência sobre uma outra realidade que não seja a da mensagem. Por fim, tem duas funções, que podem ou não estar dissociadas: uma é a função heurística, que enriquece a tentativa exploratória, e aumenta a propensão à descoberta; a outra é a função de administração da prova que, trabalhando sobre as hipóteses, utiliza o método de análise sistemático, a fim de afirmá-las ou refutá-las.

Além disso, esse método de análise é organizado cronologicamente em três partes: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação. A fase da pré-análise é a de organização, pode-se dizer que é quando se estabelece um programa flexível para se seguir, ela tem três missões: a escolha dos documentos que serão submetidos à análise; a formulação dos documentos e dos objetivos; e, por fim, a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação.

³² De acordo com Bardin (1977), inferência é uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras, então, inferir é extrair uma consequência. Para a autora, a inferência é o procedimento intermediário entre a descrição e a interpretação de uma mensagem.

A fase de exploração do material consiste basicamente de operação de codificação, desconto ou enumeração em função de regras estabelecidas antecipadamente. E, por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual tratam-se os resultados brutos tornando-os significativos e válidos.

A codificação corresponde à transformação (por recorte, agregação e enumeração) dos dados brutos, permitindo abranger uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de explicar as características do texto, que podem servir de índices. A organização da codificação, quando a análise é quantitativa e categorial, dá-se através de recorte (que é a escolha das unidades); de enumeração (que é a escolha das regras de contagem); e de classificação e agregação (que é a escolha das categorias).

Bardin (1977) descreve dois tipos de unidade: a de registro e a de contexto. A primeira é a unidade de significação e corresponde ao segmento de conteúdo, visa à categorização e à contagem freqüencial. As unidades de registro mais utilizadas são: a palavra; o tema (largamente utilizado na análise temática); o objeto ou referente (temas eixos); o personagem; o acontecimento; o documento. A unidade de contexto é a unidade de compressão e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores à unidade de registro) são excelentes para compreender o significado exato da unidade de registro.

Na unidade de registro estipula-se o que se conta, enquanto que na regra de enumeração estipula-se o modo de contagem, e têm-se vários tipos de enumerações: a presença (ou ausência); a freqüência; a freqüência ponderada; a intensidade; a direção; a ordem; e a co-ocorrência.

A análise de conteúdo pode ser de abordagem quantitativa ou de abordagem qualitativa. A primeira é fundada na freqüência de aparição de determinados elementos da mensagem, obtendo dados descritivos através de métodos estatísticos; esta análise é mais

objetiva, fiel e exata, dado o fato que a observação é mais bem controlada, sua rigidez é útil nas verificações das hipóteses.

Já a abordagem qualitativa recorre a indicadores não freqüenciais susceptíveis de permitir inferência, ela corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais maleável e adaptável, a índices não previstos, tal fato favorece sua utilização nas fases de lançamento das hipóteses; ela é válida na elaboração das deduções específicas, podendo funcionar sobre corpus reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes, a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação; sua distinção da análise quantitativa está nos índices que são retidos da maneira não freqüencial, sendo que o que caracteriza a sua inferência é a presença de índice, o que não impede o analista de recorrer a testes quantitativos (BARDIN, 1977).

A categorização é definida como uma operação na qual se classificam os elementos constitutivos de um conjunto através de suas diferenças, para, em seguida, reagrupá-los segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. Essa classificação é realizada por meio de investigações, a partir das quais se averigua o que os elementos têm em comum, para depois agrupá-los. Sendo assim, a categoria nada mais é do que uma classe na qual se reúne um grupo de elementos sob um título genérico.

Para a autora, o processo de categorização é do tipo estruturalista e envolve o inventário (que seria isolar os elementos) e a classificação (que seria repartir os elementos, e propor ou impor uma certa organização às mensagens). Seu objetivo é fornecer, de maneira condensada, uma representação simplificada dos dados brutos. Ela pode empregar dois processos inversos:

- a) procedimentos por “caixas”: nos quais é fornecido o sistema de categorias, tendo de repartir da melhor maneira possível os elementos, na medida em que vão sendo encontrados;
- b) procedimentos por “milha”: através da classificação analógica e progressiva dos elementos é construído o sistema de categorias.

Considera-se, ainda, que um conjunto de categorias boas deve ter as seguintes qualidades:

- a) exclusão mútua: ou seja, um mesmo elemento não pode existir em mais de uma divisão;
- b) homogeneidade: a organização deve ser governada por um único princípio de classificação;
- c) pertinência: a categoria deve estar adaptada ao material da análise escolhido e pertencer ao quadro teórico definido;
- d) objetividade e fidelidade: as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
- e) produtividade: é quando o conjunto fornece resultados férteis.

Bardin (1977) ressalta a utilização de index para ordenadores – que seriam grelhas categoriais fixas, organizadas de um campo de análise e de um programa técnico. A vantagem deste conjunto de programa é que se podem usar diferentes índices para o mesmo material.

Os pólos de atração da análise de conteúdo apóiam-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico de comunicação, que seria a mensagem (o material); o emissor (seria um indivíduo ou grupo de indivíduos que passam a mensagem); o receptor (um indivíduo ou

grupo de indivíduos que recebem a mensagem). Existem, ainda, dois níveis de análise (o código e a significação). A informação passa entre esses dois planos: o código revela realidades subjacentes; e a significação que se realiza a partir das significações que a mensagem fornece. Por isso, pode-se ter um quarto elemento de comunicação, que seria o médium (o canal, o instrumento, o objeto técnico, o suporte material do código).

Existem várias técnicas de análise de conteúdo e uma delas é a análise categorial, essa análise funciona por operações de desmembramento do texto em unidade, de maneira a classificar os diferentes elementos em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Dentre as diversas possibilidades de categorizar a mais rápida e eficaz na aplicação de discursos diretos e simples é a análise temática. Ela “recorta o conjunto das entrevistas por meio de uma grelha de categorias projetada sobre os conteúdos” (BARDIN, 1977, p. 175), de forma que a presença ou a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos possam significar alguma coisa para o objetivo pretendido.

Nessa dissertação, foi utilizada a análise categorial, sendo a técnica utilizada para categorização a análise temática. Isso foi permitido porque por meio das entrevistas obteve-se um discurso direto e simples. O pesquisador usou o procedimento por “caixa”, através das falas (unidades de registro) encontradas foram se montando as categorias temáticas, depois os subcategorias, e, por fim, as categorias.

3.7 Aspectos Éticos

De acordo com Treece e Treece (1977), para se aplicar o Método de Estudo de Caso é necessário obter permissão de todos os indivíduos, para que o pesquisador possa envolvê-los na sua pesquisa de estudo. Se o estudo for feito em uma grande instituição, a permissão tem se

ser obtida junto à pessoa encarregada, para que as pessoas sejam encorajadas a cooperar. Segundo os autores, se o pesquisador fizer perguntas sem primeiro ganhar a aprovação da administração da organização, as pessoas vão dar uma cooperação mínima. Agora, se ele obter essa aprovação antes, informá-la às pessoas, elas serão mais cooperadoras.

Portanto, para o desenvolvimento do Estudo de Caso foi necessário solicitar autorização para realizar a pesquisa junto à Instituição que foi objeto de estudo (Anexo C); e à Comissão de Ética (Anexo D). Para esta última autorização, foi necessário apresentar as seguintes documentações (entregues para aprovação no mês 06/2001, sendo a aprovação concedida no dia 27/08/2001):

- Folha de rosto (2 cópias) (Anexo E).
- Projeto de Pesquisa nos termos do item 6 das Resoluções 196 e 251 do Conselho Nacional de Saúde (2 cópias).
- Orçamento detalhado da pesquisa (recursos, fontes e destinação, forma e valor da remuneração do pesquisador (2 cópias) (Anexo F).
- Curriculum Vitae do pesquisador responsável e demais pesquisadores – produção científica dos últimos cinco anos (2 cópias).
- Formulário do Consentimento Livre e Esclarecido (2 cópias) (Anexo G).
- Requerimento para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (2 cópias) (Anexo H).
- Declaração de ciência e parecer do Hospital ou Instituição envolvido (2 cópias).
- Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não (2 cópias) (Anexo I).
- Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados (Anexo J).
- Declaração assegurando a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto (2 cópias) (Anexo L).
- Declaração de compromisso do pesquisador responsável e da Instituição em cumprir os termos das resoluções 196/96 e 251/97 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde (2 cópias).
- Em caso de pesquisa conduzida do exterior ou com cooperação estrangeira:
 - Apresentação de compromissos e vantagens para os sujeitos da pesquisa compromissos e vantagens para o país, identificação do pesquisador e instituição co-responsáveis;
 - Declarações de aprovações por comitê de ética do país de origem;
 - Declaração de uso do material somente para os fins previstos.

FIGURA 07 – Relação de documentos exigidos pela Comissão de Ética.

Reforça-se, aqui, que os participantes envolvidos neste trabalho foram convidados, pessoalmente, pela pesquisadora para contribuírem com o estudo, sendo esclarecidas as vantagens e compensações do trabalho.

A relação existente entre o pesquisador e participantes foi de caráter profissional. Os pesquisados autorizaram, por escrito, em formulário próprio (carta de consentimento informado), o pesquisador a realizar a entrevista. Também foi deixada clara aos entrevistados a possibilidade de desistir de participar do estudo se essa fosse a vontade deles, sendo necessário para tanto somente manifestação por escrito via ofício, ou *e-mail* ao pesquisador de campo. No entanto, tal fato não ocorreu.

4 DESCRIÇÃO DOS DADOS

A metodologia utilizada auxiliou na reflexão sobre a temática estudada e permitiu à pesquisadora interpretar e compreender **como é a participação nas relações de trabalho dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**, que foi a pergunta de pesquisa dessa dissertação.

Ao codificar as entrevistas, a pesquisadora, através das falas (unidades de registro) construiu categorias temáticas, subcategorias e, por fim, as seguintes categorias: O SIGNIFICADO DA PARTICIPAÇÃO PARA OS GERENTES DO HU/UFSC; AS FORMAS E OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS GERENTES DO HU/UFSC; A MANIFESTAÇÃO DO PODER NAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS GERENTES DO HU/UFSC; e O PROCESSO PARTICIPATIVO “NOS” E “ENTRE” OS NÍVEIS GERENCIAIS DO HU/UFSC.

O processo de codificação seguiu o seguinte raciocínio: a pesquisadora separou as unidades de registro de cada entrevista usando as letras E e T para distinguir o nível; o primeiro refere-se ao nível estratégico e o segundo, ao tático; acompanhado dessa letra vem um número de 1 a 5 para o nível estratégico e de 1 a 26 para o tático. Cada número representa um entrevistado. Logo após, há um outro número que representa a fala do entrevistado referente aos assuntos, que foi sendo atribuído na medida em que se construíram as categorias temáticas, sempre se iniciando a contagem quando se agrupavam as unidades de registro e se estabelecia a categoria temática seguinte. Só então, foram montadas as subcategorias e logo após as categorias.

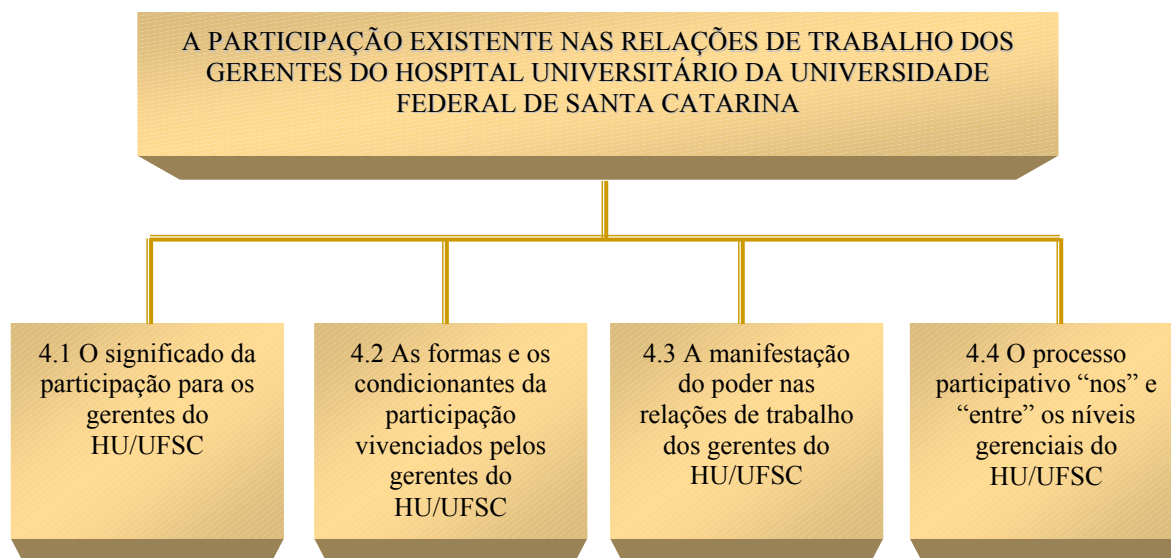


FIGURA 08 – Categorias construídas a partir dos dados estudados.

4.1 O SIGNIFICADO DA PARTICIPAÇÃO PARA OS GERENTES DO HU/UFSC

Essa categoria foi composta por uma única subcategoria titulada como: AS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO DOS GERENTES DO HU/UFSC, formulada a partir das seguintes categorias temáticas: INTERAGIR; INTEGRAR/PERTENCER; COLABORAR; DECIDIR; TER CONVICÇÃO; e SABER OUVIR. No entanto, essas, sob o ponto de vista dos entrevistados, não são excludentes, nem dependentes. Isso deixa evidente que para formular as concepções foi possível encontrar uma ou mais dessas categorias temáticas no entendimento do significado do termo participação para cada entrevistado.

Tal fato foi possível devido à heterogeneidade reinante neste contexto, decorrente das diferentes formações profissionais e das próprias características pessoais e do modo como foram assimilados, pelos diferentes olhares, os acontecimentos vivenciados pelos sujeitos da pesquisa.

4.1.1 AS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO DOS GERENTES DO HU/UFSC



FIGURA 09 – Categoria 1: O SIGNIFICADO DA PARTICIPAÇÃO PARA OS GERENTES DO HU/UFSC.

4.1.1.1 INTERAGIR

O ato de interação refere-se à necessidade de atuação entre duas ou mais pessoas, de maneira que essas possam agir mutuamente, influenciando e sendo influenciadas na execução de uma atividade, ou na tomada de uma decisão, enfim, na realização de uma ação.

A interação, para os gerentes, no contexto hospitalar, permite que todos profissionais exerçam uma ação recíproca. Pode, portanto, haver interação do médico com o enfermeiro, do nutricionista com a cozinheira, da psicóloga com a assistente social, do técnico de enfermagem com a auxiliar de enfermagem, ou mesmo entre profissionais da mesma área. Para que ocorra a interação, basta que os profissionais executem uma ação em conjunto, como afirma um entrevistado:

“[...] a interação é [...] trocando idéias a respeito das técnicas, são pessoas de diversas origens, um trabalha em determinado local, outros trabalham em outro, e só vêm se encontrar aqui, e aqui interagem tecnicamente” (T20).

Para que uma pessoa possa vir a participar, não precisa necessariamente ser do mesmo grupo, ou exercer a mesma profissão que o outro, aqui se caracteriza a participação pelo simples fato de ação mútua. Esse ato pode permitir o crescimento, como relata um entrevistado:

“ [...] às vezes favorece o outro, traz algumas idéias diferentes” (T6).

Embora não tenha sido considerado pelos entrevistados, o ato de interagir não se sintetiza somente em atitudes harmoniosas. Ele pode ser vivenciado através de atitudes conflituosas. Todavia, alguns entrevistados comprovaram isso:

“[...] tem muitos conflitos [...] a gente faz algum tipo de atividade de ação para resolução de conflito” (E3).

4.1	CATEGORIA: O significado da participação para os gerentes
4.1.1	SUBCATEGORIA: As concepções de participação dos gerentes
4.1.1.1	CATEGORIA TEMÁTICA: Interagir

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] é atuar em conjunto” (E1).

“[...] é [...] interagindo dentro de um grupo, ou de uma sociedade como um todo” (E2).

“[...] tomar as decisões em conjunto, sobre as coisas, que a gente está fazendo parte do processo” (E3).

“[...] é quando alguém tem a oportunidade de interagir e interferir na evolução de algum processo” (E5).

“[...] é estar junto com alguma equipe [...]” (T1.1).

“[...] é estar junto desenvolvendo algum tipo de trabalho” (T1.2).

“[...] é fazer um trabalho, uma ação que envolve mais de uma pessoa, que as pessoas estejam, tenham o intuito de realização de uma mesma ação, uma mesma função, um mesmo trabalho” (T8).

“[...] estar em conjunto” (T9).

“[...] seria participar ativamente de todas as atividades no qual a gente está inserida no hospital universitária” (T18).

“[...] é estar junto com todos” (T20).

“[...] seria a presença e a interação do indivíduo naquilo que ele está envolvido, seja profissionalmente, seja administrativamente” (T21.1).

“[...] a presença mais a interação de fato” (T21.2).

“[...] seria a maneira que você tem de estar inserido dentro de um contexto e fazer com que a tua interação com as pessoas que convivem dentro daquele contexto possa se dar de uma forma mais harmônica e produtiva possível” (T23.1).

“[...] estar envolvendo as tuas atividades e tentando fazer o maior retorno possível de benefício para a instituição, buscando sempre a maior e melhor interação entre chefias e as pessoas que trabalham naquele serviço” (T23.2).

“[...] é um trabalho em conjunto” (T24).

“[...] é interagir com o grupo, deles poderem contar comigo e eu poder contar com eles, então: apoiar, interagir” (T26).

FIGURA 10 – Unidades de Registro da Categoria Temática INTERAGIR.

4.1.1.2 INTEGRAR/PERTENCER

Na concepção dos gerentes, participar reflete também o efeito de integrar-se, ou seja, há a presença do “pertencer” a alguma coisa, seja na mesma profissão, ou especialidade, ou a algum grupo específico, enfim, sobressai a interação, a pessoa torna-se parte integrante, incorpora-se, por exemplo, pertence à divisão de enfermagem, ou ao departamento de pediatria, ou, ainda, faz parte da comissão de infecção, ou até mesmo do hospital universitário, num sentido organizacional, num âmbito maior a pessoa integra uma comunidade. O fato de pertencer dá o direito e o dever de vir a participar.

Uma pessoa pode ou não se sentir integrante de um grupo, organização e/ou sociedade. Pôde-se contemplar esse fato nas entrevistas, como na fala abaixo, em que fica claro esse pertencer:

“ [...] eu faço parte do grupo deles, sempre fiz, sempre trabalhei em clínica médica” (T1.1).

Em contraposição, outra entrevista revelou exatamente o oposto, na qual pode-se averiguar a seguinte argumentação:

“[...] estou dentro, mas não sou de dentro do grupo. Eu estou por uma causalidade do cargo, mas eu não me sinto parte desse grupo efetivamente. Eu estou nesse grupo agora por quatro anos, mas o meu grupo, a minha tribo é o departamento de enfermagem, eu me sinto enfermeira lá” (E3).

<p>4.1 CATEGORIA: O significado da participação para os gerentes</p> <p>4.1.1 SUBCATEGORIA: As concepções de participação dos gerentes</p> <p>4.1.1.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Integrar/pertencer</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] é integrar” (E4).</p> <p>“[...] é fazer parte [...]” (T1.2).</p> <p>“[...] é coordenar [...]” (T1.3).</p> <p>“[...] é poder tomar parte das decisões [...]” (T2).</p> <p>“[...] direito de opinar [...] colocarem a sua opinião” (T4).</p> <p>“[...] a gente busca uma participação que é uma integração” (T6).</p> <p>“[...] é fazer parte de” (T9).</p> <p>“[...] é sair do anonimato” (T11.1).</p> <p>“[...] é estar inserido no contexto geral da instituição, das suas atividades” (T11.2).</p> <p>“[...] é estar presente em todos os instantes da vida, seja profissional, seja pessoal, seja político, seja social” (T17).</p> <p>“[...] seria um tipo de integração de todos os âmbitos da vida, seria a vida pessoal, vida profissional, vida pública” (T18).</p> <p>“[...] forma de estar presente, de participar de algum trabalho, algum projeto” (T19).</p> <p>“[...] é fazer parte” (T20).</p> <p>“[...] todo mundo envolvido no trabalho, tanto os funcionários como a chefia” (T22).</p>

FIGURA 11 – Unidades de Registro da Categoria Temática INTEGRAR/ PERTENCER.

4.1.1.3 COLABORAR

Para alguns gerentes o ato de colaborar já demonstra ser uma participação, somente o fato da pessoa estar fazendo a sua parte, suas atividades, exercendo sua função, já se traduz em colaboração, e conseqüentemente, em participação. Todavia, para outros a colaboração faz parte do significado do termo, e por si só não evidencia participar.

Quando uma pessoa colabora com alguém esse ato não traz um retorno explícito, presta-se uma ajuda, um auxílio ao outro que pode ser direto ou mesmo indireto. Tal colaboração pode ser contemplada na seguinte fala:

“[...] tu estás fazendo uma atividade, por exemplo, tu vais trocar um paciente [...] Tu não vais sozinho, porque a outra pessoa que está do lado diz: ‘Ah! Você vai trocar o paciente? Eu vou contigo!’” (T1).

4.1 CATEGORIA: O significado da participação para os gerentes
4.1.1 SUBCATEGORIA: As concepções de participação dos gerentes
4.1.1.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Colaborar

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] é colaborando [...] dentro de um grupo, ou de uma sociedade como um todo” (E2).

“[...] é quando as pessoas dão a opinião e fazem cada uma a sua parte, colaborando com os colegas” (T3).

“[...] é quando tu fazes algo que tu podes colaborar” (T5).

“[...] é quando todas as pessoas envolvidas num processo colaboram dentro das suas peculiaridades, das suas especificidades, para que os objetivos comuns sejam alcançados” (T7).

“[...] acima de tudo é colaborar” (T10).

“[...] é emprestar o meu conhecimento seja técnico ou mesmo administrativo a uma grande empresa como é o hospital universitário” (T13).

“[...] é contribuir com o andamento aqui do hospital” (T14).

“[...] é trabalhar cooperativamente” (T15).

“[...] é colaborar” (T20).

FIGURA 12 – Unidades de Registro da Categoria Temática COLABORAR.

4.1.1.4 DECIDIR

Já decidir liga-se à capacidade de alguém determinar, julgar ou optar por algo. Esse ato traz limites que não podem ser ultrapassados, ou seja, o fato de estar associado, colaborando com alguém, não pressupõe capacidade de decisão. A integração e a interação também não remetem obrigatoriamente ao ato de decidir, mas também não o elimina.

Para decidir é necessário ter conhecimento e informações. No entanto, para os gerentes isso não implica necessariamente que a pessoa não possa opinar sobre determinado assunto. Sendo assim, as pessoas podem influenciar nas decisões.

<p>4.1 CATEGORIA: O significado da participação para os gerentes</p> <p>4.1.1 SUBCATEGORIA: As concepções de participação dos gerentes</p> <p>4.1.1.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Decidir</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] é a gente poder decidir sobre as coisas que a gente está inserido” (E3.1).</p> <p>“[...] a tomada de decisão coletiva, onde todos tem a oportunidade de dar a sua contribuição” (E3.2).</p> <p>“[...] é ter essa capacidade de decidir, de poder opinar, de poder exercer um direito básico de cidadania [...]” (T2).</p> <p>“[...] ajudar, colaborar, participar das decisões, de alguma coisa” (T5).</p> <p>“[...] estar presente em cada decisão” (T10.1).</p> <p>“[...] participar é atuar principalmente [...]. Isso significa obrigatoriamente estar presente, é claro que atuando. Aí entra tudo, é opinião, é trabalho” (T10.2).</p>

FIGURA 13 – Unidades de Registro da Categoria Temática DECIDIR.

4.1.1.5 TER CONVICÇÃO

Para a pessoa participar de algo, faz-se necessário que ela acredite, tenha convicção, visto que a participação por si só requer uma ação, e para uma pessoa agir faz-se necessário que tenha consciência, convicção do que está fazendo. Um dos entrevistados comentou que

“[...] a participação não é para ser obrigada, senão, ela não é participação” (T6.1).

Por isso, a participação não pode ser considerada um comportamento. Para uma pessoa ser participativa é necessário acreditar no que faz, e acima de tudo ter consciência de suas ações.

4.1 CATEGORIA: O significado da participação para os gerentes
4.1.1 SUBCATEGORIA: As concepções de participação dos gerentes
4.1.1.5 CATEGORIA TEMÁTICA: Ter convicção

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] é poder estar participando, [...] dizendo o que a gente pensa, o que [...] acredita, o que acha importante [...]” (T2).

“[...] é entrar de corpo e alma” (T4.1).

“[...] se eu estou participando, estou lá dinâmico, estou votando, estou discutindo, estou colocando sugestões” (T4.2).

“[...] é você ter o direito, na verdade, de participar, de colocar tuas idéias num grupo, numa família, numa sociedade” (T6.2).

“[...] estar presente em qualquer ato que seja tomado, em cada conduta [...]” (T10).

“[...] fazer não só o que está determinado para ele, mas um algo mais” (T11).

“[...] você estar inteiro no caso” (T19).

“[...] é tu fazer aquilo que tu gosta e tu desenvolver teu trabalho com vontade e competência” (T24.1).

“[...] é tu trabalhar com consciência e deixando seus funcionários conscientes daquilo que estão fazendo, para o resultado sair bom” (T24.2).

FIGURA 14 – Unidades de Registro da Categoria Temática TER CONVICÇÃO.

4.1.1.6 SABER OUVIR

Para os entrevistados, o saber ouvir é um ato de participação, quando uma pessoa ouve a outra, cria-se uma afinidade, uma cumplicidade. No ouvir pode-se descobrir ou criar idéias novas, permite entender um contexto sob o olhar do outro, como também ajuda a interpretar melhor a realidade.

Faz-se necessário, então, que o chefe desenvolva essa capacidade, de maneira que possa entender as opiniões, antes de tomar qualquer posição, decisão. Até mesmo pelo fato de estar com o outro, de forma que esse se sinta reconhecido, é um ato que precisa estar presente para se trabalhar em equipe, como pode ser revelado na seguinte fala:

“[...] a chefia [...] tem que trabalhar muito com a questão de ouvido, ouvir as pessoas, ouvir o que elas têm de queixas, deu problema no carro, vem e colocam, então, volta e meia, eu sento aqui com eles e eles colocam os problemas de família, de doenças em familiar, de exame de sangue que fizeram e não deu bom.

O que será? Então, a gente acaba fazendo muito um serviço, [...] uma coisa bem informal, para estar trabalhando bem com a questão da equipe” (T3).

<p>4.1 CATEGORIA: O significado da participação para os gerentes</p> <p>4.1.1 SUBCATEGORIA: As concepções de participação dos gerentes</p> <p>4.1.1.6 CATEGORIA TEMÁTICA: Saber ouvir</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] é estar envolvido num processo e poder ouvir e dar opinião de determinada situação” (T12).</p> <p>“[...] é ouvir primeiro, [...] ouvir sempre a pessoa envolvida, [...] é ouvir muito para atuar na decisão” (T16).</p>

FIGURA 15 – Unidades de Registro da Categoria Temática SABER OUVIR.

4.2 AS FORMAS E OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS GERENTES DO HU/UFSC

Essa categoria foi composta pelas seguintes subcategorias: COMO AS PESSOAS PODEM PARTICIPAR; OS MÉTODOS PARA INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO; A OPÇÃO PELO MÉTODO; AS VANTAGENS DO MÉTODO; AS DESVANTAGENS DO MÉTODO; FATORES FACILITADORES/ ESTIMULADORES DA PARTICIPAÇÃO; e FATORES INIBITÓRIOS/ DIFICULTANTES DA PARTICIPAÇÃO.

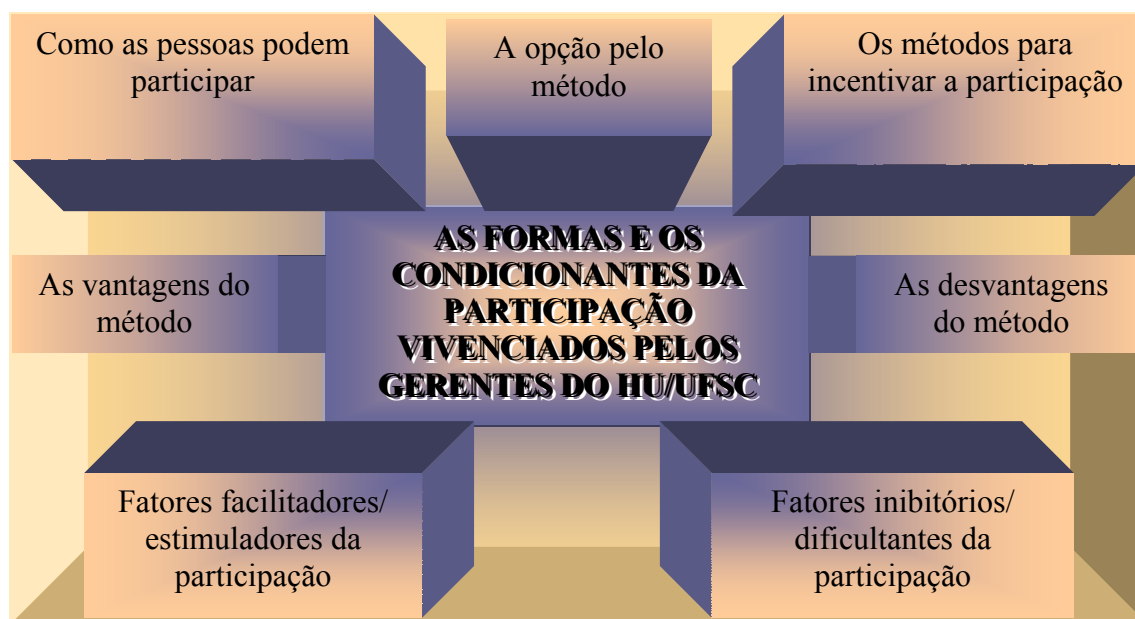


FIGURA 16 – Categoria 2: AS FORMAS E OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS GERENTES DO HU/UFSC.

4.2.1 COMO AS PESSOAS PODEM PARTICIPAR

Por meio das entrevistas foi possível identificar algumas formas e condicionantes da participação.

Essa subcategoria foi composta pelas seguintes categorias temáticas: ENVOLVER-SE DIRETAMENTE NA AÇÃO; ENVOLVER-SE INDIRETAMENTE NA AÇÃO SEM NECESSARIAMENTE ESTAR PRESENTE; PARTICIPAR POR MEIO DO DOMÍNIO; e PARTICIPAR POR MEIO DA CONSULTA.

4.2.1.1 ENVOLVER-SE DIRETAMENTE NA AÇÃO

Os entrevistados destacaram, como uma das formas de as pessoas participarem, o envolvimento direto na atividade, seja na execução propriamente dita ou dando idéias, sugestões, propostas, informações para resoluções de problemas, como revelam as falas:

“[...] eu acho que a gente tem que conversar, tem que estar junto, eu gosto de participar das reuniões de serviços, eu gosto de visitá-los [...] Eu gosto quando elas me pedem ajuda, me solicitam, eu gosto de estar sempre junto ali, entendeu? Eu faço o que dá para fazer, eu não fujo da raia” (T4).

“[...] nós, como uma unidade de internação que todos participam, por exemplo, aqui em cada turno tem X número de funcionários, cada um, individualmente, tem que dar a tua participação para que os objetivos sejam conseguidos” (T7.1).

“[...] posso também agir sendo crítico com relação ao que ocorre em meu redor, quer dizer analisando, vendo as consequências dessa situação e dando opinião para mudar, ou para reforçar, ou melhorar as condições em que se está trabalhando, em todos os aspectos” (T21.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.1 SUBCATEGORIA: Como as pessoas podem participar

4.2.1.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Envolver-se diretamente na ação

UNIDADES DE REGISTRO:

“A participação direta, estamos aqui diariamente, praticamente todo o tempo, inclusive até fins de semana, atendendo às necessidades de nossa diretoria” (E2.1).

“Talvez a melhor forma de participação é a nossa presença diária [...]” (E2.2).

“Decidindo junto, dando opiniões, construindo junto a idéia” (E3.1).

“[...] fazendo junto, dando opinião sobre uma idéia já construída” (E3.2).

“[...] contribuindo, dando alguma sugestão, trazendo à direção do hospital, ou ao seu chefe imediato, ou a qualquer membro da equipe de direção, algumas informações que são úteis [...]” (E5.1).

“[...] num nível de chefia, ele pode participar se envolvendo no processo, primeiro no diagnóstico do problema, segundo na busca de soluções para o problema, e terceiro na implementação de solução do problema que são coisas completamente diferentes” (E5.2).

“[...] participar diretamente [...]” (T1).

“[...] a participação em equipe [...]” (T3).

“[...] podem participar das decisões ou do planejamento das unidades onde eles estão lotados para o trabalho” (T5).

“[...] pode participar individualmente” (T6).

“Pode ter a participação pessoal, onde cada um contribui” (T7.2).

“Participação cooperativa” (T8).

“[...] é em determinada situação que a gente tem que tomar uma decisão, a gente chama as pessoas envolvidas e discute sobre o assunto e ouve as propostas e escolhe uma forma em comum que seja viável para o grupo [...]” (T12).

“[...] dando idéias, sugestões de modificação, não apenas criticando. Mas, sempre se fizer alguma critica, dê subseqüente uma alternativa para a critica proposta. Essa é uma forma de ajudar: você critica, mas dá uma alternativa [...]” (T15.1).

“[...] a outra é [...] botar mão na massa, quer dizer buscar alternativas fora. Se dentro da instituição não existem as alternativas [...] Essa é uma forma de participar” (T15.2).

“[...] primeiro você tem que atingir cada um dentro do que cada um vive, do que cada um pensa [...]” (T17).

“[...] tem a forma direta” (T19).

“Fazendo parte do grupo, dando sugestões, colaborando, inclusive não atrapalhando” (T20).

“Participar agindo pessoalmente e modificando as coisas através da ação profissional” (T21.2).

“[...] junto à direção, a gente participa bem diretamente, tem um acesso fácil, você troca informações muito fácil” (T23).

“[...] pode colaborar com os outros de forma efetiva com os outros” (T26.1).

“[...] em termos de participar, eu acho, que mais é colaboração de um grupo com o outro, de uma pessoa com a outra, talvez ajuda mútua” (T26.2).

FIGURA 17 – Unidades de Registro da Categoria Temática ENVOLVE-SE DIRETAMENTE NA AÇÃO.

4.2.1.2 ENVOLVER-SE INDIRETAMENTE NA AÇÃO SEM NECESSARIAMENTE ESTAR PRESENTE

Essa forma de participação, para os gerentes, é referente à ação que uma pessoa pode vir a exercer sobre um determinado grupo ou pessoa indiretamente, seja por meio do reflexo decorrente de alguma atitude ou através de sugestões, idéias, propostas, que possam determinar ou influenciar uma decisão.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.1 SUBCATEGORIA: Como as pessoas podem participar

4.2.1.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Envolver-se indiretamente na ação sem necessariamente estar presente

UNIDADES DE REGISTRO:

“A participação indireta vem na forma de sugestões, de propostas, no atendimento aos projetos necessários ao desenvolvimento da área que atuamos [...]” (E2.1).

“[...] às vezes até com o nosso exemplo de dedicação [...] Não deixa de ser uma forma de participação indireta” (E2.2).

“[...] indiretamente, em alguma coisa dessa forma” (T1).

“[...] pode ter a participação de um grupo, de um determinado grupo com um representante” (T7).

“[...] tem a forma de participação onde a pessoa mesmo que não esteja ligada, diretamente, naquela atividade, ela possa vir a contribuir direta ou indiretamente [...]” (T11).

“[...] indireta” (T19).

FIGURA 18 – Unidades de Registro da Categoria Temática ENVOLVER-SE INDIRETAMENTE NA AÇÃO SEM NECESSARIAMENTE ESTAR PRESENTE

4.2.1.3 PARTICIPAR POR MEIO DO DOMÍNIO

De acordo com os entrevistados, há a participação que se traduz na realização pertinente ao exercício do cargo e/ou da competência técnica. Para eles uma pessoa participa por meio do domínio que tem em determinadas funções, profissões. Como pode ser percebido na seguinte fala:

“[...] assuntos técnicos, [...] assuntos específicos, principalmente, na área de manutenção existem equipamentos [...] que tem que ter o engenheiro responsável [...] Como na área médica, tem muitos equipamentos sofisticados, que a gente não tem conhecimento, então, nós temos uma equipe de manutenção mais especializada, temos uma firma contratada e eles sempre auxiliam a tomada de decisão, eles sempre são ouvidos [...] Às vezes eles participam com pareceres, com informações, eles assessoram todas as decisões tomadas pela direção” (E1).

Também esse ato apresenta-se muitas das vezes como uma obrigação, isso pôde ser evidenciado quando um dos entrevistados revelou haver

“[...] a forma mais simples, aquela obrigatória, que está no contexto dentro das atividades que a pessoa possui dentro da organização” (T11).

Além de ser um ato obrigatório, também pressupõe regras e normas:

“[...] o tipo de forma é deixar as pessoas colocarem. Nem sempre são as idéias que deveriam, porque tem regras, tem normas. Nem sempre pode se dizer o que eu quero, tem de ser o que está na norma, às vezes não é nossa, nem concordamos, mas como estilo, aceito e como está na tua função, a regra, a legislação diz que tem que ser desse tipo. Temos que seguir o que diz a lei, seguir para colocar em prática o que está sendo desenvolvido. Questionar pode, em outro momento, mas no momento da execução tem que ser feito conforme está na regra” (T16).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.1.1 SUBCATEGORIA: Como as pessoas podem participar

4.2.1.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Participar por meio do domínio

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a participação administrativa” (E4.1).

“Do ponto de vista do trabalho [...]” (E4.2).

“[...] o indivíduo pode vir a participar no processo administrativo” (E5.1).

“[...] Ele pode participar primeiro fazendo o seu papel bem feito, qualquer indivíduo na instituição, qualquer um que não necessite da ação freqüente e continuada do chefe, ele já está participando muito bem, isto é, fazendo seu papel como é determinado e em qualquer nível dos servidores” (E5.2).

“[...] tem a participação em termos de trabalho da assistência e em termos de educação” (T3).

“[...] cada turno tem que também trabalhar de forma participativa para que o turno dê conta das suas tarefas. E num âmbito maior, a unidade, envolvendo os cinco turnos tem que ter participação coletiva” (T7).

“[...] participação poderia ser técnica” (T9.1).

“[...] poderia ser administrativa” (T9.2).

“Primeiro na ativa, na parte assistencial” (T13.1).

“[...] pode participar, simplesmente, fazer algum parecer, em dar uma auditoria” (T13.2).

“Fazendo suas funções” (T14).

“Como professor, eu participo mais ativamente na educação” (T17.1).

“[...] como profissional, eu tenho uma participação efetiva na parte técnica, no que se refere a diagnóstico e laboratório” (T17.2).

“[...] para poder participar tem que se conhecer os problemas, ou conhecer a realidade, e depois disso fazer a crítica e ação” (T21).

“[...] a gente trabalha com solicitação de serviço” (T24).

FIGURA 19 – Unidades de Registro da Categoria Temática PARTICIPAR POR MEIO DO DOMÍNIO.

4.2.1.4 PARTICIPAR POR MEIO DE CONSULTA

Também foi destacada a participação por meio de consultas. Os entrevistados usam essa forma de participação que permite às pessoas expressar suas idéias, sugestões. Através dela, os gerentes também demonstram reconhecimento para com todos os componentes do grupo.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.1 SUBCATEGORIA: Como as pessoas podem participar

4.2.1.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Participar por meio de consulta

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] o indivíduo pode, eventualmente, propor algumas mudanças nas rotinas do setor, nas rotinas do próprio hospital, que serão ou não aceitas, mas a proposta será sempre bem vinda, a proposição de uma mudança sempre será bem vinda” (E5).

“[...] as pessoas podem participar consultivamente” (T2).

“[...] podem participar quando a gente tem as reuniões da diretoria de enfermagem onde são decididas algumas coisas” (T5.1).

“[...] podem participar através de sugestões para a gerência de enfermagem” (T5.2).

“[...] é em determinada situação que a gente tem que tomar uma decisão, a gente chama as pessoas envolvidas e discute sobre o assunto e ouve as propostas e escolhe uma forma em comum que seja viável para o grupo” (T12).

“[...] colocando para todos, as dificuldades que nós temos, para que eles possam ter a autonomia de se expressar, então, é dar o direito a voz a eles, não somente ficar ditando” (T16).

FIGURA 20 – Unidades de Registro da Categoria Temática PARTICIPAR POR MEIO DE CONSULTA

4.2.2 OS MÉTODOS PARA INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO

De acordo com os entrevistados, incentivar os funcionários a participar não é uma tarefa fácil. Um deles revela:

“[...] a gente procura todas as maneiras possíveis de que a gente tenha condições de melhorar as condições do ambiente de trabalho, dar equipamentos melhores para a pessoa se sentir mais à vontade para poder trabalhar” (E1).

Apesar disso, encontravam-se alguns dos entrevistados desanimados com as dificuldades impostas pelo Governo, pela Instituição, pela estrutura, entre outros. Um deles chegou a declarar o seguinte:

“[...] quem quer trabalhar trabalha e quem não quer, não trabalha. Porque quando se pega alguém que não trabalha e procura, tanto do ponto de vista de usar recursos, que eu não sou especialista nessa matéria, mas usar algum recurso para estimular, para motivar. Enfim, trazer a pessoa para maior participação, não resulta em grandes coisas, porque as pessoas sabem que não vão ter outros, e quando tem alguém participando espontaneamente, correndo, se deixa, então, a coisa funciona, essa é a regra” (T21).

Esses chefes, geralmente, não usam nenhum método para incentivar as pessoas que trabalham na sua unidade a participar e têm a tendência de ter resistência quanto aos incentivos dados pelos seus superiores. Mas mesmo assim, foi possível construir essa subcategoria com base na falas dos outros entrevistados, das quais se puderam formular as seguintes categorias temáticas: INCENTIVAR ATRAVÉS DE REUNIÕES; INCENTIVAR POR CONTATO FORMAL; INCENTIVAR POR CONTATO INFORMAL; VALORIZAR AS PESSOAS, PERMITIR A EXPOSIÇÃO DE IDÉIAS E OPINIÕES; OPORTUNIZAR CURSOS E EVENTOS; DEMONSTRAR RECONHECIMENTO; e DAR EXEMPLO.

4.2.2.1 INCENTIVAR ATRAVÉS DE REUNIÕES

Um dos métodos que os entrevistados utilizam para instigar a participação dos funcionários é através de reuniões, essas são feitas de formas diversas, há reuniões formais; informais; pré-estabelecidas; extraordinárias; ordinárias. Realizadas em períodos diferenciados (semanais, quinzenais, mensais, bimestrais, trimestrais ou sem data estabelecida, de acordo com as necessidades averiguadas nos setores).

Os assuntos tratados nessas reuniões também variam muito de setor para setor. Há uns que tratam apenas de assuntos técnicos, outros de assuntos técnicos e administrativos e ainda outros que só as utilizam como uma forma de repasse de informação.

Esse método é realizado com maior frequência por alguns setores e com menor frequência em outros. Pode-se perceber pelas entrevistas coletadas que esse fato decorre das diversidades dos setores, bem como as próprias profissões, que possuem formas distintas de realizar suas atividades.

Fatores como o tamanho do grupo e até as próprias características pessoais, também influenciam muito. Para um dos entrevistados o incentivo feito aos seus funcionários é

“[...] menos frequentemente com reuniões, porque é grupo muito grande e no serviço público nem sempre é muito fácil tu convocares uma reunião e tu fazeres com que as pessoas te atendam” (T26).

Já para outro, esse incentivo está baseado mais em reuniões:

“A grande maioria das vezes, através de reuniões, reuniões de serviço, reuniões de chefia, reuniões com os funcionários, reuniões com a direção do hospital [...]” (T5).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar

4.2.2.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Incentivar através de reuniões

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] tem reuniões periódicas agendadas ordenadamente [...]” (E3).

“[...] através de reuniões [...]” (T1).

“[...] reuniões, onde se discutem os problemas das unidades [...]” (T2).

“Reuniões mensais, onde a gente faz algum treinamento, [...] discussão a respeito de alguns problemas ou que é necessário estar modificando, [...] ou estar aperfeiçoando na equipe como um todo” (T3.1).

“Reuniões informais, a hora do café, eu acho que é essencial sentar com a equipe, estar conversando com eles e vendo quais são os seus problemas, porque queira ou não sempre os problemas acabam afetando um pouco aqui no serviço” (T3.2).

“A gente faz reuniões [...]” (T4).

“[...] reunião de turno para ler um documento e emitir opiniões a cerca desde documento” (T6).

“[...] reuniões mensais” (T7).

“Em reuniões [...] Temos reuniões mensais” (T8.1).

“[...] no caso de ter algum problema é solicitada uma reunião extraordinária [...]” (T8.2).

“[...] reunião, que seria interdisciplinar, toda a segunda-feira” (T9.1).

“[...] reunião que seriam específicas, só da área médica, pelo menos uma vez a cada três meses, quatro meses” (T9.2).

“[...] contato pessoas presentes no serviço: seriam reuniões, então, informais” (T9.3).

“[...] com reunião” (T10).

“Primeiro a gente tenta disponibilizar para os servidores reuniões eventuais, programadas para que eles coloquem a suas idéias, os seus problemas, as suas soluções dos problemas em conjunto” (T11).

“[...] reuniões informais” (T12.1).

“[...] tem reuniões pré-estabelecidas [...]” (T12.2).

“[...] mas dependendo da necessidade, a gente convoca reuniões extraordinárias” (T12.3).

“Reuniões, às vezes tem que se reunir lá com o pessoal para dizer como é que tem que ser feito” (T13.1).

“[...] do departamento tem uma reunião mensal” (T13.2).

“[...] reuniões semanais com um grupo multidisciplinar [...]” (T17).

“[...] são reuniões” (T18).

“[...] tem reuniões quinzenais [...]” (T19).

“[...] tem reuniões” (T24).

FIGURA 21 – Unidades de Registro da Categoria Temática INCENTIVAR ATRAVÉS DE REUNIÕES.

4.2.2.2 INCENTIVAR POR CONTATO FORMAL

Nesse método de incentivar, os gerentes repassam informações e/ou permitem sugestões dos funcionários formalmente. Nele as reuniões formais estão inclusas, mas além delas há conversas formais e contatos escritos, por meio de memorando, ofícios, portarias, circulares, enfim, por meio de instrumentos formais.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar</p> <p>4.2.2.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Incentivar por contato formal</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] a nossa comunicação com eles é formal e é verbal” (E1.1).</p> <p>“[...] é um contato direto, diário feito através de comunicação verbal, telefone, essas coisas e por documentos: por memorando, por ofícios, por portaria, por circulares, por ofício circular, onde são dadas as normas e diretrizes” (E1.2).</p> <p>“Tudo se constrói em forma de minuta [...]” (E3).</p> <p>“[...] às vezes através de memorando, sugestões escritas” (T5).</p> <p>“Conversa formal [...]” (T8).</p> <p>“[...] memorando [...]” (T13).</p> <p>“[...] tem projetos específicos” (T17).</p> <p>“[...] são mandados documentos [...]” (T26).</p>

FIGURA 22 – Unidades de Registro da Categoria Temática INCENTIVAR POR CONTATO FORMAL

4.2.2.3 INCETIVAR POR CONTATO INFORMAL

O contato informal com as pessoas é visto como uma forma de incentivá-las a participar mais. A sua praticidade facilita a solução mais rápida dos problemas, sem necessariamente precisar de formalidades, como relata a fala:

“[...] conversa informal e em grupo [...] Nós somos em duas enfermeiras, geralmente, o turno da manhã se reúne com a enfermeira da manhã e o turno da

tarde se reúne com a enfermeira da tarde e enfim os problemas que vão surgindo vão sendo resolvidos durante aquela semana mesmo [...]” (T8.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar

4.2.2.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Incentivar por contato informal

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] conversas informais [...]” (T1).

“[...] quando tem um problema envolvendo determinadas pessoas, chamá-las para discutir a respeito daquele problema o que pode ser feito, como dá pra resolver” (T2).

“[...] a gente senta e conversa [...]” (T3).

“[...] a gente conversa individualmente [...]” (T4.1).

“[...] e tem visitas diárias” (T4.2).

“[...] se o assunto ou problema engloba só a pessoa, ou diz respeito àquela pessoa, eu faço reuniões individuais, conversas individuais” (T5).

“Visitas aos noturnos, venho aqui, converso [...]” (T7).

“[...] conversa em equipe, o pessoal já chega e a gente distribui as tarefas [...]” (T8.2).

“[...] quando há necessidade eu mando chamar [...]” (T13).

“[...] tem a questão informal que também funciona, às vezes” (T17).

“[...] não tem nenhum formal” (T20).

“[...] dou o recado pessoalmente, quando tem alguma coisa eu me levanto daqui e vou lá diretamente e dou o recado que eu quero” (T26.1).

“[...] muito vai por comunicação escrita ou assim, recado direto mesmo, bilhetinho, muito de comunicação escrita assim” (T26.2).

FIGURA 23 – Unidades de Registro da Categoria Temática INCENTIVAR POR CONTATO INFORMAL.

4.2.2.4 VALORIZAR AS PESSOAS, PERMITINDO A EXPOSIÇÃO DE IDÉIAS E OPINIÕES

As pessoas gostam de ser sentir valorizadas, por isso a atitude de os chefes estarem sempre as valorizando passa a ser vista como um método para conseguir uma maior participação. Um dos entrevistados citou um exemplo:

“[...] por exemplo, um curso. ‘ah! Porque eu sou a chefe e acho que eles estão precisando de um curso tal’. Eu planejo tudo, chamo os professores para fazer

aquele curso, daí não tem participação nenhuma. Por quê? Porque não saiu deles. Os assuntos que eles queriam não saíram deles, entendeu? A coisa tem que vir deles, entendeu? O que eles querem, que seja feito e a gente vai ver o que pode ser feito, qual a contribuição que a gente vai poder dar” (T4.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar

4.2.2.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Valorizar as pessoas, permitindo a exposição de idéias e opiniões

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] valorizar eles como pessoa é importante para eles” (T1).

“[...] é quando a gente tenta fazer o que eles estão realmente pedindo” (T4.2).

“Eu procuro dialogar, dar espaço para todos [...] Mesmo aqueles que se colocam contra, eu acho, que eles têm o direito de se colocar” (T6).

“[...] eu procuro fazer uma administração da participação de todos, oportunizando que todos dêem o seu palpite, que todos melhorem a qualidade do trabalho. Então a gente busca deixar que a coisa flua e que cada um tenha a parcela de responsabilidade igual a de todos” (T11.1).

“[...] eu faço com que as pessoas se sintam donas de certa forma da construção do todo e isso faz com que elas se sintam mais livres, ou mais a vontade de inserir, de criticar, de aplicar idéias, que venham a contribuir direta ou indiretamente na mudança da organização” (T11.2).

“[...] sempre eu valorizo muito quando alguém tem uma idéia, ou tem uma opinião sobre alguma rotina que pode ser alterada” (T16.1).

“[...] sempre estou indo ao encontro dessas necessidades que eles têm, tanto para resolver, como também para ajudar, fazê-los resolver suas questões, não sou só eu ser o paizão, já que é participativo cada um tem que dar sua participação e opinião” (16.2).

FIGURA 24 – Unidades de Registro da Categoria Temática VALORIZAR AS PESSOAS, PERMITINDO A EXPOSIÇÃO DE IDÉIAS E OPINIÕES.

4.2.2.5 OPORTUNIZAR CURSOS E EVENTOS

Também pode ser encontrada como método de incentivos a promoção de cursos e eventos para os funcionários. Tal incentivo pode consistir na organização de eventos por parte da Instituição; e, para o caso de eventos em outros locais, na ajuda financeira para o custeio de despesas com inscrição, transporte etc., ou até mesmo na dispensa do trabalho.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar

4.2.2.5 CATEGORIA TEMÁTICA: Oportunizar cursos e eventos

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] nós damos cursos de treinamento” (E1.1).

“[...] ajuda nas participações de eventos, em congressos, são todos auxílios, benefícios que a gente faz o esforço maior possível para ver se consegue” (E1.2).

“Temos realizado alguns cursos que nos têm dado condições de agir diante das necessidades iminentes de desinteresses e manter um grau aceitável de colaboração dos servidores” (E2).

“[...] através de cursos” (T1).

“[...] a gente tenta disponibilizar para eles também a participação em cursos e eventos, tentando que se aprimorem na sua formação, etc. Isso faz com que depois, indiretamente ou diretamente, isso venha a contribuir nas atividades suas e de seus colegas” (T11).

“A gente tem, assim, curso de relacionamento, para que todos estejam entrosados na mesma rotina, para que haja uma motivação de trabalho, para que não fique só cada um fazendo a rotina [...]” (T22).

“[...] eu estou fazendo cursos de treinamentos com eles de recursos humanos, e estão adiantando bastante, eles estão desabafando nesses treinamentos, está super bom” (T24).

FIGURA 25 – Unidades de Registro da Categoria Temática OPORTUNIZAR CURSOS E EVENTOS.

4.2.2.6 DEMONSTRAR RECONHECIMENTO

O reconhecimento também é um dos métodos bastante utilizados para incentivar a participação. De acordo com os entrevistados, esse método permite maior adesão das pessoas. Elas se sentem parte do processo e não uma mera peça. Segundo eles, quando uma pessoa é valorizada, reconhecida, ela produz mais.

Uma forma do reconhecimento é o elogio às pessoas pelo trabalho que executaram. Entretanto, para alguns, o gerente deve saber quem elogiar e a hora certa para fazer isso. Porque isso, assim como pode instigar a participação das pessoas, pode também ter um efeito contrário quando mal aplicado, porque havendo reconhecimentos, elogios excessivos a todos, pode surgir descontentamento por parte das pessoas que observarem que quem não fez nada também foi merecedor dos elogios. Outro motivo é que a partir do momento em que se elogia

uma pessoa que não é merecedora, indiretamente está se estimulando a vadiagem, como declara o entrevistado:

“[...] sempre que possível a gente usa, claro que não vamos elogiar a todos, porque isso é um erro, tá? A gente vai, pega o chefe, o chefe identifica os melhores e elogia os melhores, porque isso também é um exemplo. Porque se tu comesças a elogiar de forma comum a todos, tu não estás estimulando o trabalho, tu estás estimulando a vadiagem. Isso é importante, porque o Rui Barbosa já dizia ‘o principal erro da democracia, é tratar igual os desiguais e tratar de forma desigual os iguais’. Isso é um erro, democracia não é tratar tudo de forma igual, não é todos terem o mesmo direito, o direito que tu conquistares é teu, tu conquistas o respeito de teu trabalho, de teus colegas, tu conquistas. Então, num momento desses tu tens que saber quem deve ser elogiado e quem deve ser, digamos assim, até menosprezado naquele momento, no bom sentido, para que ele perceba que se ele não está sendo elogiado é porque alguma coisa ele está deixando de fazer. Mas jamais... – também porque isso é uma estratégia de marketing – jamais em público diminuir alguém. Não, ele é que tem que perceber pela sua própria visão, ‘pô, eu podia estar no rol dos elogiados, eu podia ter feito um pouquinho melhor’. E, às vezes, esse pouquinho, realmente, é bem pouquinho, não é muita coisa” (E5.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar

4.2.2.6 CATEGORIA TEMÁTICA: Demonstrar reconhecimento

UNIDADES DE REGISTRO:

“A gente vê assim que as pessoas se sentem importantes em fazer parte do processo, elas também sentem que estão sendo rejeitadas quando não fazem parte do processo, quando surgiu uma fofoca, ‘porque resolveram fazer tal coisa?’. E ele viu que não participou e ficou sabendo. Ah! Ele vai atrás, quer se informar do que houve, porque não participou. Então, ele cobra a posição” (E3).

“Então, a gente usa a estratégia de, de vez em quando, fazer uma visita no serviço sem avisar. Ir lá, mostrar a cara e ver como é que estão fazendo, e, assim, elogiar o trabalho que eles fazem, que faz, geralmente, muito bem feito, realmente faz” (E5.2).

“[...] é demonstrar reconhecimento, não criticar sem necessidade, forma crítica, mas construtiva, elogiá-los, incentivar as pessoas a devolver o reconhecimento do serviço, isso é um reconhecimento que faz com que eles participem” (T20).

“[...] quando um funcionário faz um serviço brilhante dentro do hospital, a gente manda um documento para ele dizendo parabéns” (T24).

FIGURA 26 – Unidades de Registro da Categoria Temática DEMONSTRAR RECONHECIMENTO.

4.2.2.7 DAR EXEMPLO

Uma outra forma de incentivar a participação é dar o exemplo, um entrevistado salienta:

“[...] quando a gente dá exemplo, o discurso tem algum efeito, quando tu não dás exemplo, não adianta dar discursos” (E5).

Sendo assim, quando você age de acordo com o que apregoa, as pessoas motivam-se mais e se incentivam a fazer também.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.2 SUBCATEGORIA: Os métodos para incentivar as pessoas participar</p> <p>4.2.2.7 CATEGORIA TEMÁTICA: Dar exemplo</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“Acredito que é o nosso trabalho, nosso maior incentivo. É, na verdade, o dia a dia de estar aqui participando e colaborando que constitui a nossa forma de incentivar” (E2).</p> <p>“[...] exercendo as atividades” (T14).</p> <p>“[...] hoje, no setor público, para te dizer assim, a participação que tu dás para as pessoas é uma doação tua” (T24).</p>

FIGURA 27 – Unidades de Registro da Categoria Temática DAR EXEMPLO.

4.2.3 A OPÇÃO PELO MÉTODO

Essa subcategoria foi composta pelas seguintes categorias temáticas: EXPERÊNCIAS; MANTER O QUE JÁ EXISTIA; PERMITIR MELHOR ORGANIZAÇÃO E MAIS AGILIDADE NO SETOR; ESTAR DE ACORDO COM AS PRÓPRIAS CONVICÇÕES; e, ainda, GARANTIR MELHOR ASSISTÊNCIA E CRESCIMENTO A TODOS.

4.2.3.1 EXPERIÊNCIAS

Para alguns entrevistados, o método que utilizam, hoje, é decorrente das experiências, seja por meio de cursos ou da própria prática na intuição ou tentativa e erro, como declararam alguns deles:

“[...] nossas experiências, até porque nós estamos nesse hospital já há quase vinte anos, galgando vários postos de chefia, e com isso temos acumulado conhecimento. Vivência de problemas é uma das formas de aprendizado” (E2).

“Mas assim, eu acho que foi a necessidade mesmo e o entendimento da diretoria. Teve também muito com o início da gestão de 1996, com a professora Beatriz Capela, que já tinha uma proposta de formar uma diretoria com umas idéias mais participativas realmente, que conseguisse mobilizar o pessoal com essa participação. Então, a gente desenvolveu com os quatros anos de gestão dela um programa de gente trabalhando melhor. Foi um programa [...], durante os 4 anos que ele existiu, ele conseguiu atingir em torno de 60% da categoria que participou efetivamente de vários momentos. E ele estimulava essa questão da participação, visava melhorar a relações das pessoas, tanto pessoal como profissional [...] Então foi todo um clima que foi se construindo, toda uma proposta mesmo, de uma gestão mais participativa dentro da enfermagem” (T2).

“Porque assim..., antes de trabalhar aqui na manutenção, eu trabalhava lá na divisão de administração, eu fui compradora durante doze anos, então, eu trabalhava muito com burocracia, e quando eu vim trabalhar aqui, eu além de gerenciar os contratos administrativos de prestação de serviço, eu percebi que trabalhar com pessoas é muito diferente, entendeste? Então, eu senti assim, que se tu fores pelo caminho de chegar radical e dizer ‘não, é assim’, não dá. Então, quando trabalha com pessoas, tu tens que ter a flexibilidade. É muito importante, porque cada cabeça é diferente da outra [...]” (T24).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.3 SUBCATEGORIA: A opção pelo método

4.2.3.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Experiências

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] o nosso processo gerencial não é um processo pensado, programado, é uma coisa intuitiva, espontânea, atualmente é isso” (E5).

“Talvez porque eu já participei, eu já fui comandado [...] experiência anterior” (T11).

“[...] eu trabalhei muito tempo em equipe multidisciplinar numa instituição [...] E eu gostava, [...] porque a

gente fazia um conhecimento mais universal da criança, não a dividia por segmento [...]” (T15).

“[...] foi por experiência mesmo, por vivência” (T17).

“Eu acho pela experiência. Eu sempre entendi o retorno” (T20).

“É que eu estou aqui há doze anos e com doze anos a gente acaba aprendendo muito com suas experiências. Não que eu não tivesse esta visão de administração participativa desde o começo, eu sempre tive, mas é como eu te disse, a gente tem que aprender a fazer [...]” (T25.1).

“Na verdade, eu não sou formada em Administração. Eu fiz especialização em gestão universitária onde se discutem muito a questão da administração e RH e uma série de outras questões relacionadas à administração de unidades. E aqui dentro mesmo da escola se discute muito isso, a gente trabalha com crianças e se discute formação de grupo, se discute conflito em grupo, se discute formação de regras em grupo com as crianças” (T25.2).

“[...] tive algumas experiências de achar que dava para dizer ‘olha vai ter que ser assim’. Nunca foi uma forma autoritária, sempre tentei fazer de uma forma participativa, mas de levar as coisas de uma forma que elas não chegassem à conclusão. Porque eu acho que o processo é esse: tu tens que encaminhar de uma forma que elas concluam aquilo que tu quer, né? Já tentei levar pronto assim e não deu certo, até porque eu trabalho com um grupo de pessoas que já têm formação, têm graduação, especialização, tem gente com mestrado, então tu não tens como empurrar goela abaixo, porque não vai mesmo” (T25.3).

FIGURA 28 – Unidades de Registro da Categoria Temática EXPERIÊNCIAS.

4.2.3.2 MANTER O QUE JÁ EXISTIA

Houve alguns gerentes que, quando assumiram o cargo de chefia, mantiveram o que já existia. Essa opção ocorre porque se concorda com os procedimentos; porque as pessoas já estão acostumadas com eles; porque não se conhece outro método; ou, ainda, porque falta adesão das pessoas a outro método.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.3 SUBCATEGORIA: A opção pelo método

4.2.3.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Manteve o que já existia

UNIDADES DE REGISTRO:

“Eu não optei, é assim, a enfermagem do HU. Historicamente, o HU já foi construído dessa forma, a enfermagem do HU já foi construída dessa forma. Antes mesmo de inaugurar o hospital, já existia um grupo escrevendo esses documentos da enfermagem, montando modelo assistencial, montando modelo de gestão. Então, tudo isso antes de ser inaugurado, já estava tudo escrito e com aquilo ali, claro, as pessoas vão mudando, as coisas vão inovando, e hoje nós chegamos num momento, vinte anos depois, que essas coisas têm que ser todas revisadas. E é esse momento que a gente está fazendo, está revisando todos esses documentos que já partiram para uma evolução. Então, o que antes era um modelo um pouco mais autocrático, a enfermagem por si só, na prática, foi construindo um modelo mais participativo, e hoje eles estão bem dentro da gestão participativa” (E3).

“[...] foi a questão que já existia como hábito, e parecia que já funcionava bem e tem a participação

interdisciplinar” (T9).

“Eu não sei por quê, porque ele já é tradicional, ele não veio comigo, ele é muito antigo” (T10).

“Porque eu não estou vendo outra maneira, eu não consigo encontrar outra maneira” (T23).

“[...] em nenhum momento eu, quando assumi, imaginei que se pudesse fazer de uma outra forma, mas eu sei que a gente foi criada de uma outra maneira. Eu tive chefias que trabalhavam de outra maneira e a relação empregado-empregador mudou muito” (T25).

FIGURA 29 – Unidades de Registro da Categoria Temática MANTER O QUE JÁ EXISTIA.

4.2.3.3 PERMITIR MELHOR ORGANIZAÇÃO E MAIS AGILIDADE NO SETOR

Outro motivo para a opção por determinado método deve-se a melhor organização do setor; seja pela necessidade de melhor resolutividade, para conhecer melhor a equipe, para ter melhor informação e controle das atividades; ou mesmo pela praticidade, como afirmou um dos entrevistados:

“Porque tem poucos problemas. Primeiro, não precisa ter reunião semanal, não precisa ter isso, é que na realidade a gente, na enfermaria onde circula, onde trabalha o meu pessoal de divisão ou aqui nos ambulatorios, né? Só quando tem um problema que chega lá para nós, não precisa fazer reunião, não tem assim ‘olha, vamos fazer uma agora’, como enfermeira, enfermeira gosta, adora reunião, nós somos mais práticos, ‘oh, você tem, teu ambulatório no HU, atende dez por dia, está bom’, ótimo deu, aí o cara atendeu dois, não tem essas coisas, faltou o médico, não falta” (T13).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.3 SUBCATEGORIA: A opção pelo método

4.2.3.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Permitir melhor organização e mais agilidade no setor

UNIDADES DE REGISTRO:

“Tipos de instituições como é um hospital exigem atividades imediatas, resoluções imediatas, e aí o processo tornou-se muito longo e muito difícil, partimos para uma administração mais direta. Tanto é que nós fazemos poucas reuniões, não é que não fazemos, mas fazemos poucas e as reuniões são sempre com esforços para que sejam resolutivas” (E2).

“Porque é a primeira chefia que eu estou assumindo, fui convidada para assumir a chefia sem conhecer a equipe. É muito difícil a gente vir para uma posição, enquanto chefe, sem ter o conhecimento de todas as pessoas que estão trabalhando contigo. Então eu precisava conhecer a equipe para poder trabalhar no setor

[...]” (T3).

“Quando a gente reúne, as coisas que são ditas ficam uniforme, as normas ficam uniforme. Então todas têm a mesma informação. Algumas coisas têm que ser faladas no individual, porque, assim, cada setor é específico, o alojamento conjunto tem os seus problemas, centro obstétrico, pediatria, cada um tem seus problemas, então aí eu vou ajudá-los a resolver os problemas específicos, aí é individual ou com cada chefia. Agora para alguma norma, alguma informação da diretoria de enfermagem, aí é uma reunião em conjunto para ficar uma informação só [...]” (T4).

“Porque é mais fácil até para tu aprender, por estar na gerência nem sempre a gente está direto em contato com a rotina, tem coisas que tu percebes, tu conheces, que estão na rotina. Mas tem coisas que acontecem uma vez ou outra, tu que está na gerência, não tem como está no controle” (T16).

“[...] nós temos servidores contratados, terceirizados, temos servidores permanentes e temos dois FAPEU, existe de certa forma algum conflito, um ou outro conflito, que a gente tem que aparar as arestas. E só com a participação de todos neste contexto que a gente vai conseguir resolver esses problemas [...]” (T18).

FIGURA 30 – Unidades de Registro da Categoria Temática PERMITIR MELHOR ORGANIZAÇÃO E MAIS AGILIDADE NO SETOR.

4.2.3.4 ESTAR DE ACORDO COM AS PRÓPRIAS CONVICÇÕES

Essa opção decorre também do fato de o método estar de acordo com as próprias convicções dos gerentes, por acreditarem que o método é o melhor, e o mais apropriado. Um entrevistado afirmou que:

“[...] aquela coisa já ultrapassada, modelos antigos, eu acho, que na organização, a gente tem que pensar em algo novo e sempre em transformação. Eu acho que a palavra transformação resume bastante coisa na organização, a gente tem que estar sempre transformando para sempre alcançar um objetivo melhor” (T11.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.3 SUBCATEGORIA: A opção pelo método

4.2.3.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Estar de acordo com as próprias convicções

UNIDADES DE REGISTRO:

“Porque está de acordo com o que eu acredito, com a minha crença, com a maneira que eu acredito que é uma gerência participativa [...]” (T6).

“Desde que eu entrei aqui em junho de 2001, eu já estou tentando fazer uma gestão participativa” (T7).

“[...] porque minha formação é em filosofia e eu sempre busco a expansão dessa coisa, eu sou radicalmente contra a coisa metódica, padronizada, paternalista, etc.” (T11.2).

“Primeiro pela educação que eu tive, meu pai era assim [...]” (T15).

FIGURA 31 – Unidades de Registro da Categoria Temática ESTAR DE ACORDO COM AS PRÓPRIAS CONVICÇÕES.

4.2.3.5 GARANTIR MELHOR ASSISTÊNCIA E CRESCIMENTO A TODOS

Outro motivo que justificou a opção pelo método para alguns entrevistados foi que ele garante uma melhor assistência ao usuário e um crescimento de todos os envolvidos.

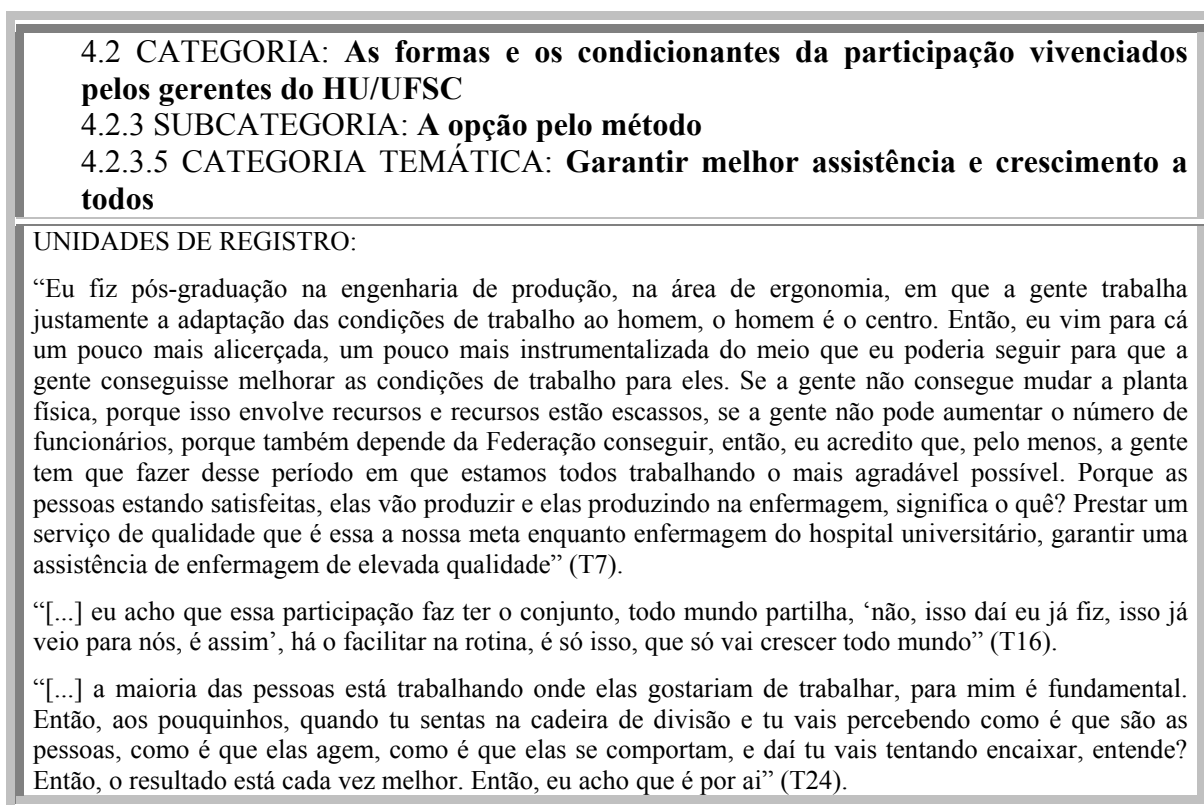


FIGURA 32 – Unidades de Registro da Categoria Temática GARANTIR MELHOR ASSISTÊNCIA E CRESCIMENTO A TODOS.

4.2.4 AS VANTAGENS DO MÉTODO

Essa subcategoria foi composta pelas seguintes categorias temáticas: ESTAR INFORMADO DE TUDO QUE ACONTECE COM A APROXIMAÇÃO DAS ÁREAS OPERACIONAL E ESTRATÉGICA; SENTIR-SE PARTE DO PROCESSO, MAIS VALORIZADO; TORNAR AS PESSOAS CO-RESPONSÁVEIS; e PERMITIR ALCANÇAR OS OBJETIVOS E OS RESULTADOS MAIS RAPIDAMENTE.

4.2.4.1 ESTAR INFORMADO DE TUDO QUE ACONTECE COM A APROXIMAÇÃO DAS ÁREAS OPERACIONAL E ESTRATÉGICA

O método utilizado permite, segundo alguns gerentes, que se esteja informado de tudo que acontece no setor, visto que se aproxima a parte operacional à estratégica. Como afirma o entrevistado,

“[...] todos construíram junto e isso fica mais próximo possível da facilidade de operacionalização, então, não tem assim, ‘ah! Essa norma nem adianta, porque essa norma não deu certo, essa norma ninguém cumpriu’, não existe. Todas as normas são construídas para ser executadas, porque elas são escritas depois que já está acontecendo. Então, aqui funciona o contrário, primeiro garante na prática e depois conquista assim no papel, esse é o processo que ocorre aqui” (E3.1).

“E se eu ficasse com a porta, permitindo a entrada apenas dos diretores setoriais que são meus subordinados diretos, eu teria um problema, eu teria a visão só desse pequeno grupo, e ao abrir eu tenho a visão um pouco maior, de professores, de alunos, de pacientes, de servidores de níveis mais inferiores que podem também se manifestar e, dessa forma, podem ajudar na realização do melhor diagnóstico [...]” (E5).

4.2 CATEGORIA: **As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC**

4.2.4 SUBCATEGORIA: **As vantagens do método**

4.2.4.1 CATEGORIA TEMÁTICA: **Estar informado de tudo que acontece com a aproximação das áreas operacional e estratégica**

UNIDADES DE REGISTRO:

“A vantagem é que eu estou informado de tudo que acontece na área de minha diretoria e, com isso, dentro dos poucos recursos, a gente consegue atender melhor às carências” (E2).

“[...] dentro desse modelo, as normas, as coisas instituídas, as coisas escritas, institucionalizadas, elas chegam o mais próximo possível do ideal, porque todos participaram, todos deram opinião, então, todos conseguiram construir o que é mais próximo do ideal para eles executarem” (E3.2).

“[...] a vantagem é não distorcer a informação” (T4).

“Se a pessoa não fica sabendo o que está acontecendo, fica difícil para ela estar colaborando com o andamento de tudo” (T19).

“[...] os nossos funcionários, aqui [...] eles têm a maior abertura, chegar para mim e dizer [...] ‘está acontecendo isso, isso e aquilo’, e a gente vai e tenta resolver, e se não consegue amanhã ou depois ou quando for possível. Mas abertura sempre tem, deve ter, senão tu não vais ter como saber das coisas, porque o gerente tem que ser administrador, ele tem que ir lá e ver o que está acontecendo [...]” (T24).

FIGURA 33 – Unidades de Registro da Categoria Temática ESTAR INFORMADO DE TUDO QUE ACONTECE COM A APROXIMAÇÃO DAS ÁREAS OPERACIONAL E ESTRATÉGICA.

4.2.4.2 SENTIR-SE PARTE DO PROCESSO, MAIS VALORIZADO

De acordo com os entrevistados, quando as pessoas sentem-se mais valorizadas, sente-se parte do processo, elas ficam mais felizes e produzem mais.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.4 SUBCATEGORIA: As vantagens do método

4.2.4.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Sentir-se parte do processo, mais valorizado

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] todos os servidores da enfermagem, desde o mais humilde, de ponta, aquele bem operacional, ou até eu que estou num nível mais estratégico, a gente sente parte do processo, esse é o ponto principal, todos sentem que são parte do processo” (E3).

“[...] se a coisa sai junto com eles e eles dão a opinião deles e tentam resolver o problema, a participação é maior. Então, geralmente, eu consigo mais resultado quando eles dão o palpite deles, mesmo que eu já tenha a opinião formada sobre um problema que tenha que ser resolvido, eu levando a minha opinião e eles discutem em cima, geralmente, eles trabalham melhor” (T1).

“Eu acho que apesar de toda a dificuldade que a gente tem de estimular a participação de conseguir algum resultado e que as pessoas... – apesar de toda a dificuldade, eu acho que é um caminho melhor – que as pessoas estimulam, que se sintam tão responsáveis pelas ações, pelas decisões que são tomadas, que elas consigam perceber que elas fazem parte da vida institucional e que elas têm essa capacidade de estar influenciando, de estar mudando as coisas, que se sintam responsáveis mesmo, porque sempre é muito fácil quando alguém toma uma decisão e tu só acatas, e depois é muito fácil de criticar” (T2).

“[...] eu acho que a participação deles é essencial, daí as pessoas estão participando na elaboração, elas participam na implementação, e depois na supervisão e avaliação” (T3).

“[...] eles participando, provavelmente os trabalhadores, eles se sentem mais valorizados e dessa forma, eu acho, que acontece mais facilmente” (T6)

“[...] eu percebo que não existe aquela coisa, como você via, antigamente, do cidadão estar [...] fazendo única e tão somente em função o que foi determinado, não [...]” (T11.1).

“[...] a gente percebe que ele faz com alegria, porque ele pode repensar aquele modelo, pode criticar, pode avaliar, pode questionar conosco” (T11.2).

“[...] quando a gente traz o grupo para discutir, que o grupo está amadurecido, que consegue trocar idéias, que aquilo que é aprovado em grupo tem um melhor retorno, que quando eles se sentem envolvidos no processo, eles respondem, eles se sentem responsáveis pela aquela decisão, realmente, o resultado é melhor” (T12).

“Primeiro, eu acho que quanto à relação à participação deles, quanto a participar ou não participar, eu vejo a participação como a pessoa que é importante para o serviço, ela faz parte de um contexto do hospital, vamos dizer assim, que é tão importante quanto o médico” (T18).

“As vantagens que eu vejo é que sempre há uma satisfação do pessoal, o pessoal trabalha mais motivado, mais aberto para falar e para participar, eu vejo uma interação boa do pessoal” (T22).

“Seria a democracia, de todo mundo participar, de todo mundo ter a possibilidade de opinar no que quer (T23).

“[...] a maioria das pessoas estão trabalhando onde elas gostariam de trabalhar, para mim é fundamental. Então, aos pouquinhos, quando tu sentas na cadeira de divisão e tu vais percebendo como é que são as

“pessoas, como é que elas agem, como é que elas se comportam, e daí tu vai tentando encaixar, entende? Então, o resultado está cada vez melhor” (T24.1).

“Eu vejo assim, que o cara vai se aposentar feliz” (T24.2).

FIGURA 34 – Unidades de Registro da Categoria Temática SENTIR-SE PARTE DO PROCESSO, MAIS VALORIZADO.

4.2.4.3 TORNAR AS PESSOAS CO-RESPONSÁVEIS

Há menos problemas de descontentamento, porque as pessoas fazem parte do processo e tornam-se co-responsáveis pelos resultados. Um entrevistado relatou que

“[...] se eles estão participando, se eles estão opinando, se eles participam [...] no planejamento deles, eles se tornam co-responsáveis por esse processo. A responsabilidade é partilhada e as soluções são apontadas, elas são buscadas coletivamente” (T6.1).

4.2 CATEGORIA: **As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC**

4.2.4 SUBCATEGORIA: **As vantagens do método**

4.2.4.3 CATEGORIA TEMÁTICA: **Tornar as pessoas co-responsáveis**

UNIDADES DE REGISTRO:

“A vantagem é que tu tens mais crescimento, tu tornas as pessoas co-responsáveis pelo seu processo de trabalho” (T6.2).

“A vantagem do método é a colaboração que eu tenho deles” (T7).

“Fazer com que as pessoas colaborem mais, porque se elas participam, se elas colaboram, contribuem com o sucesso do trabalho” (T19).

“[...] é você dividir a responsabilidade, é claro que tudo tem que ter um senso crítico, tu não podes largar a responsabilidade, tem algumas coisas que você pode levar para o grupo discutir então, assim quando é problema de rotina, do dia-a-dia, dos processos que eles vivenciam. Essa é a melhor vantagem, porque eles se sentem envolvidos e eles distribuem a responsabilidade” (T12).

“[...] na verdade, tudo tem objetivo, que é a questão do relacionamento humano, você tendo um bom relacionamento com as pessoas, no sentido de relacionamento humano, você consegue até ganhar os técnicos importantes. E é por isso que mesmo as atividades informais têm a sua importância no processo” (T17).

“[...] as pessoas têm mais prazer em vir trabalhar porque as pessoas não estão contrariadas [...]” (T25.1).

“A hora que tu divides a tomada de decisão tu divides também a responsabilidade sobre estes problemas” (T25.2).

FIGURA 35 – Unidades de Registro da Categoria Temática TORNAR AS PESSOAS CO-RESPONSÁVEIS.

4.2.4.4 PERMITIR ALCANÇAR OS OBJETIVOS E OS RESULTADOS MAIS RAPIDAMENTE

Outra vantagem é que, com a participação de todos no processo, com o envolvimento de todos, pode-se alcançar os objetivos e os resultados mais rapidamente, seja essa participação realizada por meio de reuniões ou pessoalmente.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.4 SUBCATEGORIA: As vantagens do método

4.2.4.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Permitir alcançar os objetivos e os resultados mais rapidamente

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] eu acho que se você tem um processo administrativo, você tem que ser o mais aberto possível, o mais democrático possível. Você tem que ouvir a opinião da maioria e isto tem que ser respeitado. Você só vai obter resultados, quando você motivar as pessoas para aquele objetivo, não se trabalha com obrigações, só se trabalha com motivações” (T10).

“A vantagem é que essa participação depende da sua liderança, da sua chefia conseguir um objetivo. Há de se atingir um objetivo e vai se atingir esse objetivo, se houver a participação de todos, havendo essa participação, você consegue alcançar esse objetivo, todo mundo participa, o serviço funciona, os pacientes são atendidos” (T20).

“Ah, tu consegues mais resultado com isso aí, com certeza, se tu pedires pessoalmente, reforça mais, aí tu consegues ser ouvido, é o único jeito que a gente consegue [...]” (T26).

FIGURA 36 – Unidades de Registro da Categoria Temática PERMITE ALCANÇAR OS OBJETIVOS E OS RESULTADOS MAIS RAPIDAMENTE.

4.2.5 AS DESVANTAGENS DO MÉTODO

Alguns entrevistados alegam que não existem desvantagens, só dificuldades e, mesmo assim, essas não justificam retornar ao método antigo, como afirma a fala abaixo:

“Não vejo como desvantagem, existem problemas, existem dificuldades, até porque essa não é uma prática comum nos serviços de saúde, então, as pessoas têm todo um aprendizado [...]” (T2.1).

“Então, eu não vejo desvantagem, eu vejo limites que a gente precisa estar superando, que vai vencendo só participando. Não existe nada que se tenha desvantagem, que justifique a gente voltar atrás. Tem que continuar a prática” (T2.2).

De acordo com as categorias temáticas formadas a partir das unidades de registro foi possível compor as seguintes subcategorias: DESPREPARO DAS PESSOAS; PROCESSO DIFÍCIL E TRABALHOSO, FALTA DE UM PLANO DE AÇÃO, RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE MENOR IMPORTÂNCIA; VÍCIO DE REUNIÃO; FALTA DE CONVIVÊNCIA; DESOBEDIÊNCIA ÀS REGRAS; RESISTÊNCIA À MUDANÇA; SURGIMENTO DE AMIZADES; DESGASTE DA COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL.

4.2.5.1 DESPREPARO DAS PESSOAS

Há o problema de existirem pessoas despreparadas para opinar, que não sabem trabalhar em equipe, não sabem quando se deve ou não falar, não possuem qualificações para executar determinadas atividades, ou não possuem conhecimento para determinar ou influenciar certas decisões. Um entrevistado declarou o seguinte:

“[...] não tem nível para desenvolver certas atividades, por isso eu tenho que distribuir conforme a capacidade da pessoa nas rotinas. Às vezes a gente faz o remanejamento de mudar um pouco a rotina para que não fique muito constante, uma pessoa ficar o tempo todo fazendo a mesma coisa, que tenha esse rodízio, às vezes a gente tem dificuldades, depende do nível de escolaridade das pessoas” (T22.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.5 SUBCATEGORIA: As desvantagens do método

4.2.5.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Despreparo das pessoas

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] quando consegue reunir, nem sempre eles estão prontos para pensar, para fazer as reflexões, e para produzir. Às vezes, a gente consegue reunir, mas não consegue produtividade [...]” (E3).

“[...] as pessoas vão e passam com facilidade a estrutura hierárquica, pelo acesso facilitado que a direção

oferece, isso é um erro, mas é difícil mudarmos isso nessa fase” (E5).

“[...] você pode ter pessoas que estão adeptas e pessoas que não estão, pessoas que aceitam e não aceitam. Quando você vai trabalhar com um grupo nem todas as pessoas são simpáticas contigo. Algumas são e algumas não são. Algumas podem até fazer por boicote” (T10).

“[...] quando um colaborador não está propenso a isso... Eu conheço pessoas que não estão condicionadas, ou não estão treinadas a esse tipo de flexibilidade” (T11).

“[...] tem determinada situação em que eles não têm maturidade, não têm conhecimento do todo para poder opinar” (T12.1).

“[...] muitas vezes, tem pessoas que vêm só o seu lado, o que é melhor para si, não vêm o todo, e quem está no posto de gerência tem que avaliar o todo do serviço, que é viável, que seja comum, bem comum para todos os presentes, todos os envolvidas, isso é trabalhoso” (T12.2).

“[...] porque a gente trabalha com pessoas com difícil entendimento, porque geralmente quando contrata uma empresa terceirizada, como o HU contratou agora, é uma coisa nova para o HU. Então, a gente não delimitou muita coisa ao nível de escolaridade, a gente não delimitou conhecimento, então, as pessoas que estão vindo pra cá, às vezes não têm nenhum conhecimento, às vezes não sabem ler [...]” (T18).

“As pessoas às vezes não sabem se utilizar deste tipo de método, eles colaboram de forma errada, colocam coisas que não deve ser, você tem que estar aberta para tudo, mas eu acho que tem mais vantagens do que desvantagens” (T19).

“[...] tem certas rotinas que a gente não têm. Assim, por ser um número pequeno, a gente não tem um pessoal muito qualificado, que a gente desejaria que fosse [...]” (T22.2).

“A desvantagem é a balbúrdia que fica, e o difícil controle de tu gerenciar uma coisa que seja muito democrático demais, né? Porque você vai ver aquele que entende e o que não entende, muitas vezes dando opiniões juntas” (T23).

FIGURA 37 – Unidades de Registro da Categoria Temática DESPREPARO DAS PESSOAS.

4.2.5.2 PROCESSO DIFÍCIL E TRABALHOSO

No processo de reuniões, discussões, a diversidade e divergências de opiniões, bem como a dificuldade de reunir as pessoas, e até o despreparo para a arguição, tornam o método difícil e trabalhoso, como cita um exemplo um dos entrevistados:

“[...] por exemplo, a questão da escolha da chefia, nem sempre as pessoas escolhem o chefe, a pessoa mais capacitada para exercer a chefia nem sempre elas escolhem, então, às vezes existem problemas com as escolhas” (T2).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.5 SUBCATEGORIA: As desvantagens do método

4.2.5.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Processo difícil e trabalhoso

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a dificuldade, às vezes, é conciliar horário” (E1).

“[...] a dificuldade de reunir o grupo [...]” (E3.1).

“[...] é um processo extremamente lento, muito lento, quem é imediatista se dana, eu sou um pouco imediatista, então, eu fico agoniada [...]” (E3.2).

“[...] às vezes é mais trabalhoso, porque cada vez que o indivíduo vem e manifesta alguma coisa para mim, eu me tornei no mínimo conivente naquela manifestação. Eu sei dela, eu conheço e tenho que buscar, de alguma forma, uma nova versão até para entender melhor o problema [...]” (E5).

“[...] tem que trabalhar com equipes que têm visões diferentes, interesses diferentes” (T3.1).

“[...] as pessoas ficam impacientes de estar querendo o resultado rápido, nem sempre o resultado vem e nem sempre vem rápido” (T3.2).

“[...] a gente leva mais tempo” (T3.3).

“[...] é a dificuldade de reunir todas as chefias no mesmo horário” (T4).

“[...] é uma categoria única com diferentes níveis de formação, que nós temos, o enfermeiro, o técnico – que é ao nível de segundo grau, e o auxiliar da enfermagem. É uma situação que é difícil, é difícil pelas diferenças, pelo... Como é que eu vou te dizer? Às vezes até competição, dentro da própria equipe” (T6).

“É mais trabalhoso, fica muito mais fácil você, se for uma coisa produtiva, você analisar uma situação, ‘agora vai ser assim’, é mais rápido” (T12.1).

“Você demora mais, demanda tempo, paciência, você tem que ouvir todos. Cada pessoa tem uma maneira de se manifestar, cada pessoa é um ser diferente, então, você tem que ter paciência e jeito para aceitar, ouvir a opinião deles e tentar lapidar, ver o que pode aproveitar” (T12.2).

“[...] existe de dificuldades é que cada um é um indivíduo e na questão informal isso é muito trabalhoso, isso é muito demorado, isso é muito difícil” (T17).

“[...] as cabeças são muito diferentes uma da outra, então a gente tem que tomar cuidado para trabalhar com as cabeças” (T24).

“A dificuldade é conseguir horário para reunir todo mundo, as conversas são longas, as nossas reuniões, na verdade, teriam que ser de duas horas, mas a gente começa tarde e quando vê já são duas horas da tarde. Porque assim não é um ponto, tem pontos para discutir, tem pauta. Mas para que a pessoa consiga entender bem o processo, ela tem que entender tudo. Então todas as discussões acabam passando ali e acolá e leva tempo, tempo para que as pessoas possam participar da administração da escola” (T25).

FIGURA 38 – Unidades de Registro da Categoria Temática PROCESSO DIFÍCIL E TRABALHOSO.

4.2.5.2 FALTA DE UM PLANO DE AÇÃO

Para uma chefia, quando se utiliza o método de agir conforme a demanda, conforme as necessidades, resolvendo os problemas na medida em que vão surgindo, surge a desvantagem de não haver um plano de ação. Como revelou a fala:

“[...] a desvantagem tem, porque eu não tenho um plano de ação, na verdade, eu sei o que está deficiente” (E2).

4.2.5.4 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE MENOR IMPORTÂNCIA

A desvantagem de estar sempre à disposição das pessoas, para resolver os problemas, de estar sempre com a porta aberta, de acordo com um gerente, é que as pessoas abusam. Conseqüentemente, a chefia acaba despendendo tempo com assuntos que poderiam ser resolvidos nos níveis mais baixos. Um entrevistado comentou:

“Aí tem a questão dos abusados, dos desconfiados, dos abusados, não raro, a gente fica disponível muito facilmente para problemas de menor importância” (E5).

4.2.5.5 VÍCIO DA REUNIÃO

Embora as reuniões terem sido destacadas como um dos métodos mais utilizados para incentivar a participação pelos chefes, uma chefia alerta que uma das desvantagens desse método é o risco do vício, ou seja, as pessoas começam a se acostumar com as reuniões, e essas acabam ficando improdutivas, tornando-se nada mais que um encontro. Um entrevistado revelou que:

“[...] às vezes cai num vício da reunião, às vezes, não ser produtivas e ser só um encontro informal” (T9.2).

Com relação a esse tipo de atitude nas reuniões, uma chefia comentou o seguinte:

“No momento que começa a ocorrer isso, a gente tem, às vezes, tem isso, dando intervalo maior a cada quinze dias ou sugerindo proposta de pauta para a próxima reunião, às vezes, comprometendo um pouco mais cada serviço de estar trazendo essa característica de problemas, fatores que impulsionam e soluções para cada setor” (T9.1).

4.2.5.6 FALTA DE CONVIVÊNCIA

Essa desvantagem refere-se ao método de contato formal e informal para resoluções de problemas. Essa chefia vê que há um distanciamento quando se trabalha dessa forma, a convivência é prejudicada, cada um fica no seu canto. Ela disse que:

“[...] às vezes você não convive com todos, você consegue ver um aqui e daqui a três meses vê de novo, porque cada um trabalha no seu ambulatório, chefes da plástica, chefes da urologia, né? Eu consigo falar com eles porque eles são professores, é por isso que eu consigo falar” (T13).

4.2.5.7 DESOBEDIÊNCIA ÀS REGRAS

Um entrevistado revelou que quando usa o método de dar direito a todos opinarem, as pessoas, muitas das vezes, ultrapassam o limite e querem quebrar as regras. Não entendem que a função das pessoas neste serviço é norteadas por regras que vêm impostas pelo governo, e que não cabe à chefia refutá-las ou não, e que precisam ser respeitadas.

“Num sentido de participação, ele tem algumas coisas que às vezes desgasta, é que a regra é clara, mas as pessoas querem quebrar a regra, e como a gente trabalha num setor que é de executar a tarefa conforme o governo quer, às vezes, tu tens que justificar um decreto dele, que às vezes tu não concorda com o que determinou fazer, mas tu tens que executar, então, tem que ser de acordo com a regra. Então há todo um debate, quando as pessoas têm que entender que a minha execução aqui é dentro daquela forma, mudar aquilo é através de sindicato, através de um movimento de greve ou não, alguma coisa nesse sentido, mas no dia-a-dia, na prática tem que ser executado conforme a regra [...]” (T16).

4.2.5.8 RESISTÊNCIA À MUDANÇA

De acordo com uma chefia, quando as pessoas não entendem o que precisam fazer, visto que foi mandado, muitas vezes, acabam fazendo as atividades por obrigação. Ela fez o seguinte comentário:

“[...] em relação ao pessoal, cada pessoa tem uma necessidade e, às vezes, a participação dela não é aquilo que a gente passa, muitos fazem as coisas, vamos dizer assim, obrigados. Tem pessoas mais indiferentes, mais resistentes à mudança, porque todo mundo é resistente a algum tipo de mudança. A vida profissional da gente não é assim, as pessoas não aceitam a verdade, vamos dizer assim, porque tem que ser assim? Em qualquer tipo de mudança, sempre existe uma resistência, tudo que a gente conseguiu aqui no serviço, na forma de participação, ela sempre teve um tipo de rejeição de alguma coisa, e qualquer tipo de atitude que tu tomes em relação à participação, para te agrupares, tu sempre tens uma rejeição. Então, sempre existe rejeição de uma ou outra pessoa, sempre existiu. O fato negativo seria essa questão das pessoas não quererem se adaptar a certos tipos de atitudes, não visualizam uma coisa maior que é o paciente sair do hospital curado” (T18).

4.2.5.9 SURGIMENTO DE AMIZADES

A aproximação das pessoas acaba criando um vínculo de amizade, que para uma das chefias, traz como desvantagem o fato de retardar o alcance dos objetivos do hospital. Como revela a fala:

“[...] se tornar muito amigo das pessoas e... Você, por consideração as pessoas, acaba... não prejudicando o objetivo final, mas pelo menos retardando, talvez o alcance do objetivo. O processo fica mais difícil de gerenciar” (T20).

4.2.5.10 DESGASTE DA COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL

O processo de ir pessoalmente a cada um para discutir ou resolver problemas é um processo por demais cansativo, segundo uma das chefias.

“Ah, me cansa muito, né? Era muito melhor eu pegar e reunir as pessoas num horário só, que fosse quinze minutos, mas que tivesse mais vezes, não só na chefia não, nós aqui também na CCIH. Isso daí é uma coisa do hospital” (T26).

4.2.6 FATORES FACILITADORES/ESTIMILANTES DA PARTICIPAÇÃO

Essa subcategoria é composta pelas seguintes categorias temáticas: SER RECONHECIDO; TRABALHAR EM UM HOSPITAL; CONVIVER DIARIAMENTE COM A CHEFIA; CONHECER O TRABALHO DA CHEFIA; EXISTÊNCIA DE ESPAÇO; POSSUIR FLEXIBILIDADE DE HORÁRIO; TER RESPONSABILIDADE; ELEGER AS CHEFIAS; O PROCESSO EDUCATIVO; AS REUNIÕES; RESPOSTA DA CHEFIA ÀS SOLICITAÇÕES; SENTIR O AMBIENTE DE TRABALHO COMO SE FOSSE O PRÓPRIO LAR; RESGATAR O INTERESSE PELO QUE FAZ; A INFORMALIDADE; ESTAR EMPREGADO; TER COMPETÊNCIA TÉCNICA; A FORÇA DE VONTADE; TER CONHECIMENTO DO ASSUNTO; e CONFIANÇA NA CONDUÇÃO DO PROCESSO.

4.2.6.1 SER RECONHECIDO

O reconhecimento, a valorização, é um ato que estimula o envolvimento das pessoas no processo de participação, de acordo com os entrevistados.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação

4.2.6.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Ser reconhecido

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] reconhecimento da importância de sua tarefa o envolve mais no processo” (E5).

“As pessoas gostam de serem bem aceitas e gostam de estar bem no trabalho que elas estão fazendo” (T1.1).

“[...] quando eles procuram soluções comigo fica mais fácil de a coisa ficar enraizada e eles trabalham melhor” (T1.2).

“[...] é dar importância às pequenas coisas que eles estão falando [...]” (T3.1).

“[...] os elogios, assim, são um incentivo enorme, se você faz aquilo com gosto, mostra que foi uma ideia deles e mostra que foi uma coisa que eles quiseram e conquistaram, aquilo dá uma valorização muito grande e acaba sendo muito vantajoso em termos de equipe, não é com todos que a gente está conseguindo isso, ainda, mas tem algumas pessoas que estão tendo essa fase boa” (T3.2).

“Há uma resistência inicial, mas depois que eles vêem que o que eles sugeriam é levado em consideração, nas próximas fica mais fácil para eles participarem. Então, tu tens que levar em consideração, ou dar um retorno para as pessoas, o resultado pra aquelas propostas deles, o retorno do processo facilita” (T5).

“[...] ser respeitado, principalmente, trabalhadores de nível médio, ser valorizados pelo conhecimento que eles têm, porque dentro da enfermagem tem algumas dificuldades” (T6.1).

“[...] é uma das questões muito importantes para os trabalhadores de nível médio, por exemplo, não só, mas especificamente eles, que o maior número de pessoas da enfermagem, no sentido de sentir valorizados, de serem ouvidos, de serem respeitados nas suas opiniões” (T6.2).

“[...] a partir do momento que nós envolvemos as pessoas que trabalham em todo o processo e, na verdade, eles não são só executores da assistência, mas eles também são planejadores uma vez que eles participam desse momento estratégico, se sentem valorizados” (T7).

“[...] eu sempre coloco também que todos, independente da categoria, temos a mesma importância na equipe, tanto é importante o médico que prescreve a medicação, como o funcionário que faz a medicação, como a menina da limpeza que faz a desinfecção. Sem um desses membros da equipe, o sistema falha, o sistema pára. Eu acredito que essa valorização do ser humano, em primeiro lugar pelo ser humano que é, que tem as suas limitações, que tem as suas individualidades, tem toda a sua bagagem, que já trouxe, genética, cultural, social” (T7).

“[...] o reconhecimento do trabalho deles” (T10).

“[...] Tu possibilitando, fazendo com que elas participem do processo” (T19).

FIGURA 39 – Unidades de Registro da Categoria Temática SER RECONHECIDO.

4.2.6.2 TRABALHAR NUM HOSPITAL

Para os entrevistados, o fato de trabalhar num hospital estimula muito a participação das pessoas, ainda mais quando o hospital é público. Isso desperta um sentimento de solidariedade, estimula a oportunidade de desenvolver pesquisas, como também dá *status*.

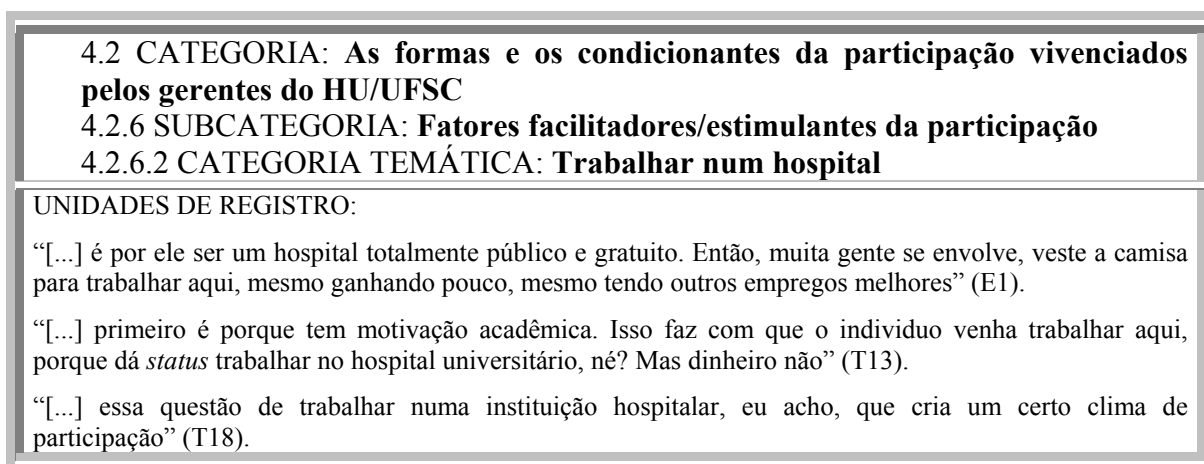


FIGURA 40 – Unidades de Registro da Categoria Temática TRABALHAR NUM HOSPITAL.

4.2.6.3 CONVIVER DIARIAMENTE COM A CHEFIA

O contato diário com o chefe estimula os funcionários a participarem, pois isso faz com que vejam a união de todos, e que não há diferença entre os funcionários e o chefe.

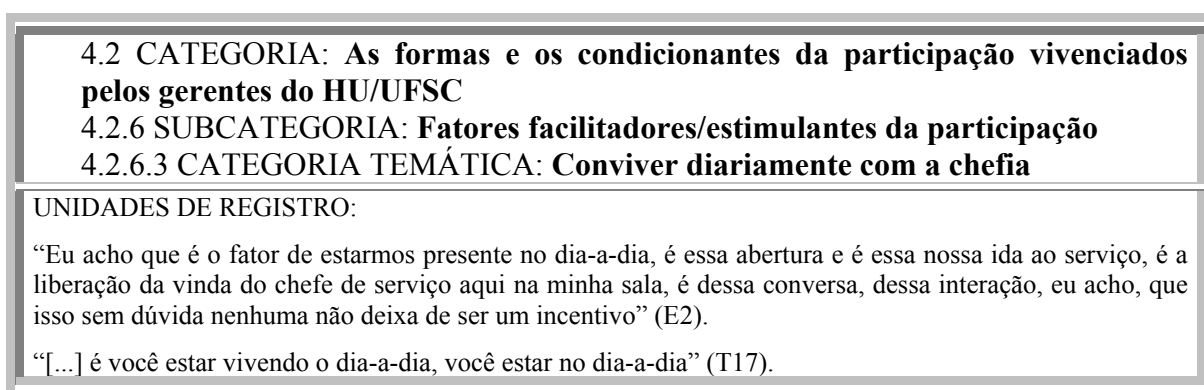


FIGURA 41 – Unidades de Registro da Categoria Temática CONVIVER DIARIAMENTE COM A CHEFIA.

4.2.6.4 CONHECER O TRABALHO DA CHEFIA

Alguns entrevistados afirmaram que quando as pessoas conhecem o chefe, sabem de seu trabalho, o que fez no passado, o reconhece como mais um membro da equipe, isso facilita a participação das pessoas.

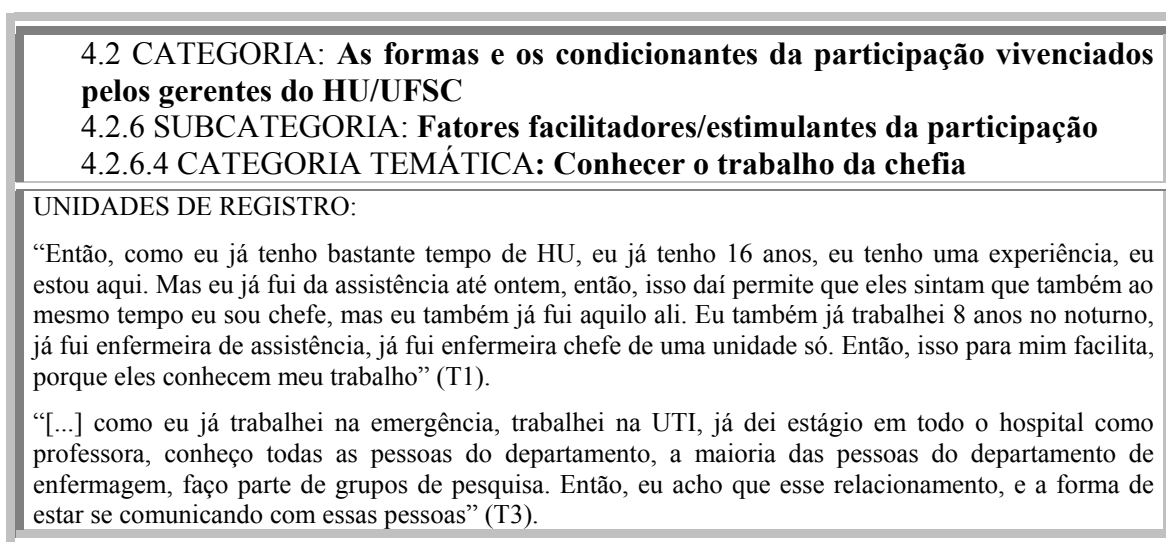


FIGURA 42 – Unidades de Registro da Categoria Temática CONHECER O TRABALHO DA CHEFIA.

4.2.6.6 EXISTÊNCIA DE ESPAÇO

A existência de espaço de fato, e não só figurativamente, faz com que as pessoas confiem mais e se tornem mais participativas, porque, conforme afirmou uma entrevistada,

“[...] não adianta a gente ficar colocando ‘Ah! As pessoas não querem saber de nada, as pessoas não querem participar’, se a gente não tem essa prática, não tem espaço para que elas participem. Então, muitas vezes, tu reclamas, mas aí vais ver o que esta acontecendo por trás. Na verdade a gente faz de conta que tem algum espaço para que as pessoas participem, o que não é efetivo, aí acaba que ela retrai porque não resolve nada mesmo, elas dizem as coisas, e depois alguém acima delas resolve e tudo que elas trabalharam não valeu para nada. Então, acaba sendo um desestímulo [...], uma limitação. A existência de espaço é uma facilidade” (T2.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação

4.2.6.6 CATEGORIA TEMÁTICA: Existência de espaço

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] é a existência de espaço para participação, é uma das coisas que facilita bastante” (T2.2).

“[...] tu abres espaço para que as pessoas possam estar se encontrando, estar conversando, resolvendo suas dificuldades e isso facilita” (T2.3)

FIGURA 43 – Unidades de Registro da Categoria Temática EXISTÊNCIA DE ESPAÇO.

4.2.6.7 POSSUIR FLEXIBILIDADE DE HORÁRIO

A flexibilidade de horário também estimula as pessoas, pois assim é permitido que as pessoas conciliem o trabalho com a vida pessoal, permitindo que façam cursos, troquem plantão, ou, ainda, que façam o que mais gostam. Isso é o que um dos entrevistados faz para fomentar a participação,

“O que a gente fez agora também? A gente conseguiu para alguns, que queriam, duplicamos a carga horária. A última coisa que alguém quer fazer no mundo é dar plantão. O que posso fazer para conseguir mais plantonista? Se eu não posso contratar, mas eu tenho que ter mais plantonista, então, eu vou oferecer a ele, ‘o que você adora fazer?’, ‘eu adoro fazer ambulatório de mama, porque eu sou especialista em mama’, ‘então, eu te dou três dias de ambulatório de mama, em troca você me dá o plantão de sábado’, entendeu? Foi essa forma que a gente achou. Então, com isso a gente resolveu um problema de ambulatório, criamos a sub especialidade de ambulatório, então, desde da oncologia, a mama, de puerpério, em troca disso, cobrimos os furos das escalas de férias, dos finais de semana, porque alguns saíram e eu não pude contratar no lugar dessas pessoas, está proibida a contratação” (T23).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação

4.2.6.7 CATEGORIA TEMÁTICA: Possuir flexibilidade de horário

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a forma de trabalho, como a gente trabalha ininterruptamente, sexta, sábado e domingo, feriado, manhã, tarde e noite, isso já é uma forma que facilita, porque quando planeja nos setores tu não precisas

marcar altas reuniões, para chamar as pessoas de casa a deslocar. Tu já programas dentro do teu turno de trabalho, determinado momento e já faz as discussões mesmo dentro do trabalho” (E3).

“[...] nos treinamentos, as atualizações que a gente tenta programar [...] contam como hora trabalhada, se uma pessoa se desloca, já é conversado com a chefia antecipadamente, ele tem que ser liberado, né? Para não ter nenhum prejuízo, porque a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem tem um duplo vínculo. Então, a questão do horário, se marca uma reunião fora do horário é muito difícil eles virem, e que a gente muitas vezes não tem nem forma de obrigar isso, que ele já cumpriu a carga horária dele aqui dentro, então, outra estratégia de participação é isso, é fazer com que eles sejam liberados de seu horário de trabalho ou ganhem como hora os treinamentos [...]” (T6).

“[...] é a flexibilidade de horário que a gente conseguiu, embora não oficialmente [...]” (T11).

“[...] eu cobro mais o serviço do que o horário. Dando conta do serviço, fazendo certo, não atrapalhando, não prejudicando [...]” (T14).

“Eu vejo assim, no nosso setor a gente tem a condição de diálogo, de horário, isso daí estimula assim a pessoa. Eu vejo assim que a pessoa trabalha satisfeita” (T22).

FIGURA 44 – Unidades de Registro da Categoria Temática POSSUIR FLEXIBILIDADE DE HORÁRIO.

4.2.6.8. TER RESPONSABILIDADE

Embora existam algumas pessoas que não gostam de assumir responsabilidades, alguns gerentes alegaram que existem pessoas que gostam. A partir do momento em que se concede mais responsabilidades para elas, maior é sua participação. Para os gerentes, o fato das pessoas sentirem-se mais responsáveis é um fator que facilita a participação.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação

4.2.6.8 CATEGORIA TEMÁTICA: Ter responsabilidade

UNIDADES DE REGISTRO:

“A partir do momento que você ajuda a planejar alguma coisa, se aquilo dá certo, você se sente responsável e se sente, assim, vitorioso também com aquela conquista” (T3).

“[...] fazer com que eles passem a decidir muitas questões que são importantes no andamento do trabalho, porque eles vivem mais o dia-a-dia do que eu que administro o dia-a-dia, na ponta mesmo, na relação com o paciente ou com o usuário do laboratório, os servidores têm uma participação muito mais ativa do que eu propriamente e quando eles passam a sentir que são responsáveis por isso, que podem tomar as decisões, porque essas decisões que envolvem a relação do laboratório com o usuário, do hospital com o usuário, eles podem decidir. Então, isso passa a ser um ponto diferente, eles passam a encarar um pouco diferente até o processo de administração e entender que não é uma relação de chefia com subalterno” (T17).

FIGURA 45 – Unidades de Registro da Categoria Temática TER RESPONSABILIDADE.

4.2.6.9 ELEGER AS CHEFIAS

Para um entrevistado, o fato de as pessoas escolherem seus chefes traz segurança e elas se sentem mais à vontade para participar.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação</p> <p>4.2.6.9 CATEGORIA TEMÁTICA: Eleger as chefias</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] o fato de eu ter sido eleita, porque na enfermagem a gente faz eleição para a chefia” (T1.1).</p> <p>“Então, quando eu fui eleita, eu fui escolhida por um grupo para ficar nesse lugar, pra concorrer, daí eu fui às unidades, coloquei o meu nome em disposição e o que pretendia fazer. Eles me conheciam, a grande maioria me conhecia [...], eles foram para a urna votar e deram o parecer deles, se eles queriam ou não. Como a grande maioria, graças a Deus, votou a favor, eu me sinto mais confiante, e eles também, porque eles sabem que eu estou aqui porque eles votaram em mim. Então, eu acho que esse jeito de ser eleita dá uma segurança, tu és mais cobrada!” (T1.2)</p>

FIGURA 46 – Unidades de Registro da Categoria Temática ELEGER AS CHEFIAS.

4.2.6.10 PROCESSO EDUCATIVO

Uma gerente revelou que por meio do processo educativo as pessoas desenvolvem a capacidade de participação, pois com esse processo trabalham-se vários tipos de capacitações, seja em assuntos técnicos ou de relacionamento.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação</p> <p>4.2.6.10 CATEGORIA TEMÁTICA: Processo educativo</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“A questão do tempo de as pessoas estarem se envolvendo com as coisas do trabalho. Acho que o processo educativo como um todo também na verdade faz com que as pessoas consigam estar desenvolvendo essa capacidade de participação [...]” (T2.1).</p> <p>“[...] o processo educativo é a questão de as pessoas estarem participando e até mesmo discutindo, então, tu pegas a questão da educação, hoje a gente tem capacitações de todos os tipos dentro do HU tanto técnica quanto participações para relações no trabalho. Nós temos algumas capacitações que envolvem determinadas unidades que estão tendo dificuldades entre si” (T2.2).</p>

FIGURA 47 – Unidades de Registro da Categoria Temática PROCESSO EDUCATIVO.

4.2.6.11 AS REUNIÕES

Para as chefias, as reuniões são estimulantes da participação, porém essas devem que ter alguns cuidados, ou seja, se for uma reunião geral, o assunto tem que ser de interesse de todos, deve-se saber conduzi-las.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.6 SUBCATEGORIA: Fatores facilitadores/estimulantes da participação</p> <p>4.2.6.11 CATEGORIA TEMÁTICA: As reuniões</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] se a reunião é geral, os assuntos têm que ser de interesse geral” (T4.1).</p> <p>“Essas formas de conduzir a reunião, as dinâmicas” (T4.2).</p> <p>“[...] a tranquilidade das reuniões que não têm um caráter punitivo, um caráter só técnicos também. Às vezes, tem momentos que são situações informais e como participam não só médicos, mas têm enfermeiros, pessoal da nutrição, pessoal da psicologia, da assistência social, é mais tranquilo” (T9).</p> <p>“[...] reuniões para resgatar as relações interpessoais, uma reunião do serviço, basicamente para tentar a convivência mesmo entre eles, então são os caminhos que a gente segue para tentar motivar o funcionário” (T12).</p>

FIGURA 48 – Unidades de Registro da Categoria Temática AS REUNIÕES.

4.2.6.12 RESPOSTA DA CHEFIA ÀS SOLICITAÇÕES

O retorno às pessoas mostra-se um fator preponderante para uma chefia, visto que esse ato estimula a participação. Quando as pessoas percebem que são atendidas, sentem-se mais à vontade para participar. Ela contou o seguinte:

“Eu acho que quando a gente tentar solucionar os problemas, quanto mais retorno tu deres mais eles te procuram, procuram a minha participação. Eles poderiam muito bem fazer as reuniões deles lá e não me chamar, entendeu? Quer dizer que eles precisam de mim naquele momento” (T4).

4.2.6.13. SENTIR O AMBIENTE DE TRABALHO COMO SE FOSSE SEU PRÓPRIO LAR

De acordo com uma das chefias, quando se cria um ambiente familiar no local de trabalho, as pessoas sentem-se mais à vontade e participam mais. Esse entrevistado declarou o seguinte:

“Então, uma coisa que eu prezo também é fazer com que o ambiente de trabalho seja uma extensão do ambiente do lar, fazer com que o colaborador observe a instituição e o local do trabalho como se fossem a extensão do seu lar, então, a gente procura, por exemplo, numa cozinha ali do lanche, ter um televisor, ter um microondas, ter uma geladeira, ter uma cafeteira, uma sanduicheira, mesa, poltroninha, etc., para que eles na hora do lanche, ou da refeição, eles se sintam em casa” (T11).

4.2.6.14. RESGATE DO INTERESSE PELO QUE SE FAZ

A chefia acredita que a partir do momento em que se resgata o interesse pelo o que as pessoas gostam de fazer, essas tendem a participação mais. Ela disse que é importante:

“[...] resgatar o interesse, o gosto pelo o que eles fazem” (T12).

4.2.6.17 TER COMPETÊNCIA TÉCNICA

Para um entrevistado, o domínio que a pessoas tem da técnica, ou seja, seu conhecimento da prática, resulta em um fator estimulante. Seria então:

“[...] a competência de cada um” (T20).

4.2.6.18 A FORÇA DE VONTADE

Um gerente revelou que a vontade da própria pessoa em querer participar também é um fator que pesa. Tudo está relacionado:

“[...] a vontade” (T20)

4.2.6.19 TER CONHECIMENTO DO ASSUNTO

Além da vontade, a pessoa tem que ter conhecimento teórico, ou seja, de acordo com uma chefia, seria:

“[...] o conhecimento do assunto” (T20).

4.2.6.20 CONFIANÇA NA CONDUÇÃO DO PROCESSO

Numa entrevista, afirmou-se que quando as pessoas vêem que o processo é realizado de maneira honesta, franca e séria, elas se sentem mais confiantes e, conseqüentemente, mais participativas.

“[...] é a honestidade, a franqueza, a seriedade como o processo é conduzido” (T25).

4.2.7 FATORES INIBITÓRIOS/DIFICULTANTES DA PARTICIPAÇÃO

Alguns dos entrevistados declararam desconhecer fatores inibitórios, como revelam as falas abaixo:

“[...] não tem fatores inibitórios, eu não conheço fatores inibitórios” (T10).

“[...] eu desconheço” (T14).

Outros entrevistados, no entanto, alegaram alguns fatores que acabam prejudicando a participação. A partir de tais indicações, foi possível construir as seguintes categorias temáticas: CONVÍVIO COM O CHEFE; MOROSIDADE; SALÁRIO; TER MAIS DE UM EMPREGO; NÃO RECONHECIMENTO; FALTA DE RECURSOS; AUTORITARISMO; ESTABILIDADE; ACOMODADAÇÃO; FALTA DE TEMPO PARA REFLETIR; EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS; e, ainda, FALTA DE COMPROMISSO.

4.2.7.1 CONVÍVIO COM O CHEFE

Alguns gerentes entrevistados destacaram o fato de ser chefe. Para eles, as pessoas se sentem inibidas com o chefe, isto pode ocorrer devido a elas considerarem o chefe como um controlador, avaliador, que pode prejudicá-las, como relata a fala seguinte:

“[...] só a palavra chefe..., eles muitas vezes brincam: ‘lá vem a chefe maior’. Tu sabes que é brincadeira, mas que no fundo eles te vêem de forma diferente do que ser só uma enfermeira ou ser só um técnico. Então, a própria chefia se coloca, porque a chefia tem uma coisa que é inerente ao cargo, que são as cobranças, que tem que fazer cobranças e as pessoas não gostam de ser cobradas. Eles gostam que a chefe esteja sempre aplaudindo, dizendo: ‘aí! Que ótimo, maravilhoso, você é ótimo, excelente’. Na hora de lembrar que, como os direitos, eles também têm deveres, e como deveres eles têm que cumprir aqueles deveres, dessa parte eles, a grande maioria, é resistente” (T1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Convívio com o chefe

UNIDADES DE REGISTRO:

“O fato de ser chefe sempre inibe o pessoal” (T1).

“Primeiro a questão de ser chefia, queira ou não é sua chefe, daí chefe sempre acaba inibindo um pouco por mais participativa que você queira ser [...]” (T3.1).

“[...] existe muita aquela crença que chefe é uma pessoa que pode interferir na tua avaliação e pode interferir na questão de seu emprego, eu acho, que isso acaba inibindo as pessoas de estar colocando... É uma coisa cultural. Desde que você começa no primeiro emprego essa questão é sempre colocada” (T3.2).

“[...] ser chefia sempre inibe as pessoas de alguma forma, o respeito é muito maior, eu sempre procuro manter afastado um pouco daquela coisa da amizade, mas com certeza, sempre olhando o outro lado também que é o lado humano também. Porque eu cobro, mas também a gente sabe como é que as pessoas são, como é que elas vivem, de onde elas vêm, a necessidades delas” (T18).

FIGURA 49 – Unidades de Registro da Categoria Temática CONVÍVIO COM O CHEFE.

4.2.7.2 MOROSIDADE

De acordo com uma chefia, a demora do processo desestimula as pessoas, que cansam e acabam desistindo de participar, visto tal demora gera uma incerteza quanto a serem as idéias e sugestões realmente colocadas em prática, ou seja, gera a dúvida de se vão ser efetivados os planos traçados. Tal falta de estímulo afeta todos os funcionários, incluindo as chefias.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Morosidade

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] às vezes, é a morosidade da implementação dessas sugestões, ou a gente conseguir de fato implementar novas idéias, ou falta de agilidade, porque depende tanto da reitoria, como da própria direção a possibilidade de implementação” (T9.1).

“[...] pessoalmente, eu diria que, para mim, o que inibiria, às vezes, essa morosidade, da perspectiva daquilo realmente virar fato, deixar de ser idéia para virar um fato” (T9.2).

FIGURA 50 – Unidades de Registro da Categoria Temática MOROSIDADE.

4.2.7.3 SALÁRIO

O fator salário, de acordo com os entrevistados, interfere muito na participação das pessoas, e é uma situação difícil de ser remediada, já que não depende das chefias. Um entrevistado declarou:

“[...] a gente entra também na questão da motivação. Para falar em motivação, em incentivo no serviço público é um pouco complicado, porque queira ou não queira, lá na pós-graduação a gente viu isso, nas palestras de recursos humanos lá no Centro Sul a gente também observou isso, queira ou não queira, um dos grandes patamares para você motivar alguém é a retribuição da remuneração justa para aquilo que ele faz. Como nesse governo essa remuneração não tem sido tão justa assim, e a falta de reajuste do salário, etc., que vem ao longo dos anos, que não é o nosso caso aqui discutir isso agora, faz com que a gente encontre barreiras exatamente para criar outros tipos de motivação para que ele trabalhe com alegria. Então, se a gente não pode contar com esse tipo de auxílio que é a remuneração, que é um salário justo, a gente procura propiciar aos colaboradores, exatamente, outros tipos de motivação que não seja tão somente a questão salarial” (T11).

No entanto, houve alguns entrevistados que destacaram que tal fator é superado por alguns métodos já destacados na subcategoria “os métodos utilizados para incentivar a participação”.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Salário

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] os salários são baixos, e isso também é mais um fator que leva eles a sentir menos, assim, estímulo para participar das coisas” (E3)

“[...] o poder aquisitivo cai, reflete, revolta [...]” (T14).

“Eu acho que vários fatores inibem as pessoas a participarem, e o salário é um” (T18.1).

“[...] o salário é uma coisa que reprime a participação” (T18.2).

“[...] falta de remuneração” (T20).

“[...] o salário, essas coisas que não depende da gente” (T24).

FIGURA 51 – Unidades de Registro da Categoria Temática SALÁRIO.

4.2.7.4 TER MAIS DE UM EMPREGO

As chefias apontaram que o fato de ter mais de um emprego faz com que as pessoas fiquem menos participativas, pois elas ficam cansadas e acabam querendo executar apenas o que lhe é determinado, nada além do que estabelece a sua função.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Ter mais de um emprego

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] eles têm dois ou três empregos para poder se manter [...]” (E3).

“[...] o cara que está a noite, ele, tem dois ou três empregos, ele está extremamente cansado, então, eles já chegam assim “vou cumprir as minhas horas”” (T1)

“[...] como é um serviço contínuo as pessoas tem muitos empregos, a maioria tem de 2 a 3 empregos [...]” (T2).

“[...] como as pessoas têm dois, três empregos, com certeza o tempo... Não querem participar, ou não podem perder tempo com isso, porque tem que sair daqui correndo para ir para outro trabalho [...]” (T5).

FIGURA 52 – Unidades de Registro da Categoria Temática TER MAIS DE UM EMPREGO.

4.2.7.5 NÃO RECONHECIMENTO

Para os entrevistados, não reconhecer o que as pessoas fazem, exclui-las do processo, inibe e as torna menos participativas.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.5 CATEGORIA TEMÁTICA: Não reconhecimento

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] é o não reconhecimento daquilo que ele faz, sabe? Não dar bola para atribuição de cada um, não dar atenção” (E5).

“[...] a gente percebe que, quando a gente toma alguma medida assim, sem consulta, em geral a resposta deles é que se sentem excluídos e desmotivados” (T12).

“[...] e se o individuo chega aqui, não faz residência, acabou o curso de medicina, alfabetizou-se, têm alguns lugares que faz a coisa mais rápida, vai lá na Inglaterra [...] E vem logo com um doutorado na mão, com um PhD. Aí ele chega aqui e ele tem uma série de regalias, ele consegue mandar um projeto, não sei

para onde, ser aprovado para ele pesquisar a casca da célula do não sei o que lá, que não tem importância nenhuma e que habitualmente são reproduzidas em outros lugares, e que não chegou a conclusão nenhuma e não vai chegar nunca a nada, mas esse pessoal é que tem mais. E como não existe cobrança, não existe nada que estimule o indivíduo [...] Quer dizer, eu dou aula na graduação, eu frequentemente sou chamado para fazer palestra na pós-graduação, tem outros que têm doutorado lá, mas que não tem a experiência, nem o conhecimento que a gente tem. É o que eu estou dizendo, não tem o estímulo adequado [...]” (T21).

FIGURA 53 – Unidades de Registro da Categoria Temática NÃO RECONHECIMENTO.

4.2.7.6 FALTA DE RECURSOS

Para alguns dos entrevistados, a falta de recursos técnicos, seja por não haver os equipamentos, seja por tê-los em condições precárias, ou seja por não haver verba nem para consertá-los, inibe as pessoas. Isso porque, às vezes, as pessoas querem fazer suas atividades e não há recursos técnicos para isso. Isso faz com que se perca o estímulo de participar. Também se acrescenta nesta categoria a falta de funcionários, em decorrência da aposentadoria e a carência de concursos públicos para preencher as vagas. Uma chefia afirmou o seguinte:

“Eu acho que se elas se sentissem assim, talvez mais gratificadas, não que todo mundo seja motivado só pelo salário, mas assim o pessoal talvez não encontra assim, muita motivação, talvez condições financeira. Alguns outros é mais condições de trabalho mesmo, né? Facilidade no trabalho, para que ele desempenhe a atividade dele, talvez se o hospital tivesse mais recursos tanto materiais, humanos, talvez levasse a maior participação [...]” (T26).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.6 CATEGORIA TEMÁTICA: Falta de recursos

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] falta de recursos que a gente sabe que existe” (T9).

“[...] o fato de o hospital não ter recursos para investir desmotiva, a gente vê que as coisas não evoluem por isso, uma série de dificuldade de equipamentos, de profissionais [...]” (T19).

“[...] falta de material” (T20.1).

“[...] falta de aparelhos adequados” (T20.2).

“[...] faltam equipamentos” (T20.3).

“[...] falta de condições técnicas” (T20.4).

“[...] as pessoas querem aplicar seu conhecimento e não encontram dentro da instituição aquelas técnicas ativas, elas ficam inibidas” (T20.5).

“[...] às vezes quer trocar uma peça e não tem [...]” (T24.1).

“A dificuldade que a gente tem é a falta de verbas [...]” (T24.2).

“[...] esse funil que o governo está fazendo, que não está mais admitindo concurso público, então, não está mais abrindo vaga para algumas funções que foram extintas e a gente fica, né? Quer dizer, hoje, na pintura temos dois, tem um que tem a LER e tem outro que está com problemas de saúde, então, quer dizer, estou com dois pintores fora, estamos terceirizando, digo essa dificuldade [...]” (T24.3).

“[...] a tecnologia está cada vez mais avançada e os nossos equipamentos estão muito deteriorados” (T24.4).

FIGURA 54 – Unidades de Registro da Categoria Temática FALTA DE RECURSOS.

4.2.7.7 AUTORITARISMO

Alguns entrevistados alegaram que as pessoas odeiam que as decisões lhes sejam impostas, embora algumas achem cômodo o chefe decidir por elas. Isso não quer dizer que gostem de ser mandadas. Não gostam que imponham as coisas e isso interfere na participação.

Podem-se observar as seguintes falas:

“Algumas pessoas se sentem participativas. É claro que existem pessoas que acham que essa conduta que eu tenho é autoritária. De repente, eu dizer que tem que ser assim é autoritarismo, e eles têm razão, porque eu digo que vai ser assim que vai ser dividido, e a pessoa pode achar assim que eu sou autoritária, e de certa forma eu sou, porque eu estou propondo uma forma de decidir que é de consenso, que é cooperativo e de uma forma eu estou sendo autoritária, porque eu quero que seja dessa forma. De repente, eu podia deixar assim, escolha a forma que quiseres, mas eu acho que isso daí não é bem uma democracia, ‘decida tu o que achas que tem que ser feito’. Eu não sei se isso é democracia, acho que não é, eu acho que democracia tem que ter algum norte, alguma coisa de organização, não pode ser uma coisa assim aberta. Então, essa é a forma que eu penso, mas eu tenho consciência absoluta de que alguns membros aqui do serviço acham que essa atitude minha é autoritária, porque eu tenho consciência disso, porque no fundo eu acho que é” (T15).

“[...] depende muito da postura das pessoas que vão convocar ou que vão convidar para participar de algum fórum, ou de algum momento, ou de algum movimento, ou de algum treinamento. Então essa postura da questão do autoritarismo que é diferente da autoridade, ela inibe muito, eu acho, que a questão de tu impor e obrigar sem ter um convencimento daquilo, isso é terrível” (T6.1).

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.7 CATEGORIA TEMÁTICA: Autoritarismo

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] quando é uma coisa que vem de cima para baixo eles fazem obrigados, mas eles não acreditam no que eles estão fazendo. Se eu chego aqui, tem um problema lá, e eu já chego e dou a solução no papel e digo: ‘Oh! tem que resolver dessa forma’. Não quero dizer que eles não façam, às vezes, até eles fazem, mas aos pouco aquilo vai se esquecendo, vai sendo abandonado e as pessoas deixam de fazer” (T1).

“[...] tu obrigares a pessoa de tu impores, de tu seres autoritário, as pessoas até vem, às vezes, mais elas vêm por medo e depois sai falando e acabam não aproveitando o espaço ou se sentem tolhidas dentro de um espaço que específico [...]” (T6.2).

“[...] tu não podes chegar assim, ‘não, não, não, vamos fazer assim e deu’. Não. Se tu fazes isso acabou, desmotivou, aí o cara fala assim, ‘ah, não vou fazer mais nada, porque ela chega lá e bate o martelo e já manda mesmo’. Então, não, aí tu tens que saber onde tu pisas, o que tu falas, porque senão é complicado” (T24).

FIGURA 55 – Unidades de Registro da Categoria Temática AUTORITARISMO.

4.2.7.8. ESTABILIDADE

Algumas chefias destacaram como um dos fatores inibitórios da participação a estabilidade. Segundo eles, quando as pessoas são estáveis no emprego, na maioria das vezes são mais desmotivadas a participar do que as instáveis.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação

4.2.7.8 CATEGORIA TEMÁTICA: Estabilidade

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] as estabilidades no emprego [...], as pessoas se acomodam e acham que não vai acontecer nada com elas, que não vão ser mandadas embora. Então elas se acomodam, não todas, mas existem, isso acomoda as pessoas desmotivadas para trabalho” (E1).

“[...] atrapalha” (E4).

“[...] a estabilidade..., na realidade a gente sempre cobra um pouquinho mais dessas pessoas também” (T18).

FIGURA 56 – Unidades de Registro da Categoria Temática ESTABILIDADE.

4.2.7.9 ACOMODAÇÃO

Para os gerentes, o fato de as pessoas estarem acomodadas dificulta a participação. A acomodação é bastante problemática, pois é algo que está no interior das pessoas, mesmo que a causa disso esteja no trabalho, e por isso este quadro é tão difícil de resolver.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação</p> <p>4.2.7.9 CATEGORIA TEMÁTICA: Acomodação</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] algumas pessoas estão acostumadas a que se decida por elas” (T5).</p> <p>“[...] eles fazem aquilo ali bem, as rotinas. Mas eles não mostram o interesse de ampliar, de fazer outra coisa, se limitam assim, mas não são todos [...]” (T22).</p>

FIGURA 57 – Unidades de Registro da Categoria Temática ACOMODAÇÃO.

4.2.7.10 FALTA DE TEMPO PARA REFLETIR

Segundo um gerente, a complexidade da assistência esta aumentando e, em contrapartida, as pessoas estão saindo, aposentando-se, e não está havendo reposição do quadro de pessoal. Isso faz com que se acumule serviço, que as pessoas tenham que se desdobrar para dar conta. Conseqüentemente, sobra menos tempo para reflexão. E como elas se cansam muito, não têm ânimo para participar mais efetivamente do setor.

<p>4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/dificultantes da participação</p> <p>4.2.7.10. CATEGORIA TEMÁTICA: Falta de tempo para refletir</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] a complexidade da assistência tem aumentado muito, e com isso está aumentando o volume de trabalho deles mesmo na unidade, sobrando pouco espaço para fazer reflexões e discussão. As pessoas têm menos tempo para pensar, refletir, discutir, da gente programar treinamento de serviço, programar reuniões de discussões, tudo isso [...] impede, desmotiva, atrapalha” (E3).</p> <p>“[...] a gente tem vários setores, a gente não fica só com uma coisa. Eu estou na chefia, mas além da</p>

chefia eu também assumo atividades, eu trabalho com a terceira idade e ainda faço plantão aqui no serviço, além da minha atividade administrativa. Com esta dificuldade de pessoal, se aposentaram duas pessoas e não veio ninguém ocupar estas vagas. A gente está sobrecarregado no trabalho, por isto estou também sobrecarregando função, a dificuldade na parte administrativa é que realmente há muito trabalho, muita coisa, a gente tem várias atividades, não é só uma coisa” (T19).

FIGURA 58 – Unidades de Registro da Categoria Temática FALTA DE TEMPO PARA REFLETIR.

4.2.7.11 EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS

De acordo com as chefias, a maioria das pessoas que passam por experiências negativas acaba carregando tais lembranças futuras situações. Por isso, a tendência é a de que essas atitudes negativas venham a constituir uma barreira às novas tentativas de participação. As pessoas também acabam criando uma desilusão pelo o que se esta fazendo.

4.2 CATEGORIA: As formas e os condicionantes da participação vivenciados pelos gerentes do HU/UFSC

4.2.7 SUBCATEGORIA: Fatores inibitórios/difícultantes da participação

4.2.7.11 CATEGORIA TEMÁTICA: Experiências negativas

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a questão pessoal..., as pessoas terem visões, ‘nunca deu certo, eu acho, que não vai dar certo dessa vez também’. Experiências negativas anteriores acabam atrapalhando bastante na questão do agora e do que é que eu posso conseguir daqui para frente. Então, eu acho, que isso daí atrapalha bastante” (T3).

“[...] a desilusão pelo que estão fazendo” (T20).

FIGURA 59 – Unidades de Registro da Categoria Temática EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS.

4.2.7.12. FALTA DE COMPROMISSO

Um dos gerentes alegou que o fato de existirem pessoas que não têm vínculo com o hospital, que vêm só para dar plantão, também é um fator que inibe a participação das pessoas.

“[...] eu acho que a grande falha dentro da participação aqui, é que tem pessoas que vem uma, no máximo duas vezes por semana, como plantonista. Você não tem pessoas fixas, um corpo fixo no serviço, de vir todos os dias” (T23).

4.3 A MANIFESTAÇÃO DO PODER NAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS GERENTES DO HU/UFSC

Essa categoria foi composta pelas seguintes subcategorias: LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DA ESTRUTURA FORMAL; LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DA ESTRUTURA INFORMAL; e LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS.



FIGURA 60 – Categoria 3: A MANIFESTAÇÃO DO PODER NAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS GERENTES DO HU/UFSC.

4.3.1 LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DA ESTRUTURA FORMAL

Foi possível a construção dessa subcategoria através das seguintes categorias temáticas: POR COMISSÕES; DECISÕES, POR MEIO DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA, POR MEIO DE REPRESENTANTE; e POR MEIO DE REGRAS.

4.3.1.1 POR COMISSÕES

As comissões são consideradas como legitimadoras do poder dentro da organização. Existam as comissões que têm poder de decisão e as que são destinadas a estudos, essas podem somente sugerir mudanças, sendo dado às chefias o poder de acatar ou não tais sugestões.

<p>4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC</p> <p>4.3.1 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura formal</p> <p>4.3.1.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Por comissões</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] são mais órgãos assessores” (E1).</p> <p>“[...] comissão de ética de enfermagem é uma comissão de assessoria da diretoria de enfermagem” (T5.1).</p> <p>“[...] tipo comissões, que são formadas para analisar algum caso, ou estudar alguma coisa. Têm o poder de fazer propostas, que vão ser analisadas pela enfermagem como um todo e vai ser aprovada ou não (T5.2).</p> <p>“[...] é um trabalho mais de parceria, um apoio que a gente tem aqui dentro [...] eles orientam [...] sempre de sugestões, nunca vem de cima para baixo” (T8).</p> <p>“O poder de decisão é dentro dela (comissão), é dentro da regra que a legislação permite” (T16).</p> <p>“[...] tem poder de decisão [...], as questões técnicas muitas vezes são resoluções coletivas” (T17).</p> <p>“[...] ela não manda. Ela recomenda” (T20.1).</p> <p>“[...] têm comissões que são mais normativas, mas quem vai decidir é a direção do hospital” (T20.2).</p>

FIGURA 61 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR COMISSÕES.

4.3.1.2 PELAS DECISÕES

O poder também se revela nas decisões que se podem realizar. As decisões das chefias são limitadas, dependem da autonomia dada pelo Governo, pela Universidade. Portanto, quando se fala na capacidade de decisão que representa, o seu limite determina também o de seu poder.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.1 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura formal

4.3.1.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Pelas decisões

UNIDADES DE REGISTRO:

“A decisão vem de cima, mas também existe sugestão que vem de baixo. Mas eles são analisados pela direção para depois serem importados para todos os serviços. A decisão é sempre da direção, sempre, se compra, se não compra, isso está centralizado [...]. Mas isso com relação aos materiais” (E1.1).

“[...] não depende muito de ações da gente, a gente tem que cumprir o que vem determinado de cima, então, normalmente, as reuniões são para ser repassadas as determinações que vêm de cima” (E1.2).

“[...] os serviços também solicitam melhorias, mudanças de procedimentos que vêm sendo feitos” (E1.3).

“[...] não levamos pacotes prontos, mas quando temos algo para ser resolvido, levamos à mesa de reuniões e resolvemos, de preferência, em comum acordo [...]” (E2).

“[...] as diretorias fazem, existem decisões de planejamento estratégico individualizado por diretoria, são coisas muito específicas. Por exemplo, treinamento de pessoal da enfermagem é exclusivo da enfermagem, também não é tão específico assim, a coisa é mais integrada. A divisão de apoio de pessoal nossa aqui, DAP/HU, que é uma estrutura da diretoria administrativa, ajuda muito nisso. Às vezes, é claro, as estratégias da enfermagem a enfermagem estabelece, seus necessários. Mas não raro ela transfere a organização para o pessoal da divisão de apoio administrativo” (E5).

“[...] em algumas situações a gente até é consultada, mas em outras não, na grande maioria das decisões que envolvem outras categorias a gente não é consultada” (T2).

“Na realidade, as coisas que eu quero mudar aqui, eu sempre consulto a direção, eu sempre consulto a minha chefia para depois mudar lá em cima. Na realidade, quando é uma coisa que ele tem necessidade de fazer alguma coisa, eles consultam, quando é alguma intervenção, alguma mudança que foi feita, eles comunicam sim” (T18).

“[...] tudo que a direção do hospital decidir, ela manda para as chefias de serviço. Aí, a gente passa a comunicação à frente” (T20).

FIGURA 62 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR DECISÕES.

4.3.1.3 POR MEIO DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

A estrutura hierárquica também legitima o poder por meio dos cargos e subordinações. Mesmo a diretoria geral do hospital tem seu poder limitado, visto que a Instituição está subordinada à Universidade Federal, ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.1 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura formal

4.3.1.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Por meio da estrutura hierárquica

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] o que eu tento fazer, não é fácil, porque tu enfrentas uma hierárquica, tu enfrentas uma história da enfermagem, dentro da medicina, das relações de poder que se estabelecem dentro do serviço de saúde, que não é fácil também, às vezes não depende só da gente [...]” (T6).

“Nós somos subordinados ao Ministério da Educação com o Ministério da Saúde, eles dão as normas e nós somos obrigados a cumprir” (E1.1).

“[...] somos subordinados à Universidade, então, a Universidade praticamente não exige nada de nós” (E1.2).

“A Secretária da Saúde tem influencia, aqui do Estado. A prefeitura tem influencia também, porque eles têm determinação de certas coisas, de política de atendimentos, tem épocas que eles querem que sejam dadas prioridades a algum tipo de doença, alguma coisa, ou cirurgia de próstata, cirurgia de catarata, e eles dão incentivos, então, a gente tem que entrar nessas campanhas para poder participar também” (E1.3).

“[...] a gente fica meio amarrado, às vezes, as pessoas querem fazer mais, ajudar mais, mas não depende delas, né? Então, isso atravanca um pouco, isso amarra. As pessoas ficam sem condição de fazer alguma coisa para melhorar” (E1.4).

“Em relação a poder [...], eu vejo é interação no trabalho de resolução, das atividades direta, eles interagem bastante, mas em matéria de decisão de poder, eu acho que é só de cima para baixo” (E1.5).

“É centralizado e mais vertical” (E1.6).

“[...] é uma administração centralizada, e ela obedece hierarquicamente todos os níveis, com participação de todos eles” (E1.7).

“[...] o poder existe, até porque as determinações emanadas à direção geral do hospital, elas são obrigatoriamente acatadas. Mas não tomamos nenhuma decisão arbitrária de cima para baixo sem que haja participação dos envolvidos no processo” (E2).

“Tem vários setores completamente diferentes, são várias seções, por isso não está correto, porque eu tenho. Microbiologia é diferente da imunologia, diferente da hematologia, diferente da bioquímica, é diferente da lavação, é diferente da recepção” (T17).

FIGURA 63 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA.

4.3.1.4 POR MEIO DE REPRESENTANTE

A representação também legitima o poder. Ser chefe configura um poder maior. A chefia está automaticamente ligada à capacidade de decisão e revela o poder pela posição do cargo.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.1 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura formal

4.3.1.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Por meio de representante

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] representação sobre as chefias, eles podem reivindicar através das suas chefias pra direção geral como um todo, ou pessoalmente, mas, geralmente, se faz isso pelas chefias” (T5).

“[...] minha chefia aqui, ela não é nada a mais que a representante de um grupo, a chefia não tem autoridade sobre o grupo. Eu sou representante de um grupo, é diferente” (T10).

“Eu prefiro me considerar como uma representante deles, não uma chefe deliberativa, monopolizadora e ditadora. Não, eu só sou uma representante para os anseios e para tentar conseguir aquilo, eu estou aqui para tentar em termo de pessoal, em termo de material” (T7.1).

“Eu particularmente me sinto e me coloco diante deles como uma mera representante, eu não tenho mais ou menos poder eu só tenho a função de levar, de aglomerar, de condensar os problemas aqui. E eu tenho sim a função de tomar providencias, correr atrás para tentar resolver as coisas” (T7.2).

“[...] eu não sou chefe, eu sou chefia de serviço de enfermagem. Sim, mas enquanto que uma representante deles, até porque esse cargo não é vitalício, daqui três anos, se Deus quiser, eu volto a ser uma enfermeira de turno, e daí eu vou também ser participante da enfermeira que tiver aqui na chefia, nas tomadas de decisão” (T7.3).

FIGURA 64 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DE REPRESENTANTE.

4.3.1.5 POR MEIO DE REGRAS

O poder é regido por meio de regras que são as leis e normas impostas, tanto pelo Governo, quanto pela Universidade e pela própria Instituição. Elas têm que ser respeitadas e acabam limitando a ação dos agentes, influenciando assim na participação das pessoas.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.1 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura formal

4.3.1.5 CATEGORIA TEMÁTICA: Por meio de regras

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a gente criou algumas regras [...]” (T2).

“[...] a gente discute dentro da legalidade, porque a gente tem que seguir os princípios da lei das licitações” (T11).

“[...] existe a regra, não pode fugir daquilo, eu posso ter uma opinião diferenciada, mas tem que trazer para dentro das condições que a lei permite [...]” (T16.1).

“[...] o cargo existe, as regras do regime jurídico, existem os estatutos internos que têm que ser seguidos” (T16.2).

“[...] quando há quebras de normas no grupo – houve inclusive na semana passada um fato assim, grave, e a pessoa quebrou as regras do grupo e era uma coisa séria – existe local, data e espaço adequado para se discutir” (T25).

FIGURA 65 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DE REGRAS.

4.3.2 LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DA ESTRUTURA INFORMAL

Essa subcategoria foi construída a partir das categorias temáticas: PROFESSORES; DESENTENDIMENTO ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM; PODER SUTIL; MÉDICO COMO FIGURA MAIS IMPORTANTE; e RESISTÊNCIA.

4.3.2.1 PROFESSORES

O cargo de professor traz consigo o poder, embora seja apresentado mais forte em determinados departamentos e cursos.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.2 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura informal

4.3.2.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Professores

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] alguns departamentos são fortes, o departamento de clínica médica, o departamento de clínica cirúrgica é outro forte, são os dois mais fortes [...] Eles cobram, eles exigem bastante, eles têm força nas

tomadas de decisões. Porque eu não sei, se é pelo grau de conhecimento deles, alguma coisa, eu não sei te dizer, mas eles têm bastante força. Às vezes, na hora de decidir comprar algum equipamento, alguma coisa eles influenciam bastante as decisões” (E1.1).

“[...] às vezes, é porque aquele departamento é mais forte que o outro e você decide comprar um equipamento, às vezes, acharia até que o outro seria mais importante, como naquele momento para evitar um conflito, alguma coisa assim, você decide comprar aquele, mas não é que seja assim, uma coisa comum” (E1.2).

“[...] tem influência, mas não tem poder de decisão” (T13).

FIGURA 66 – Unidades de Registro da Categoria Temática PROFESSORES.

4.3.2.2 DESENTENDIMENTO ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM

O poder também se legitima de maneira informal pela existência de disputas entre as categorias de medicina e de enfermagem. Ambas lutam por maior espaço e, conseqüentemente, poder.

“[...] agora, nas demais categorias não se vê essa briga de poder, não. É muito raro” (E3.1).

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.2 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura informal

4.3.2.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Desentendimento entre a medicina e a enfermagem

UNIDADES DE REGISTRO:

“Existem essas brigas de espaço, entre a medicina e a enfermagem, que isso é crônico [...], não no sentido tão agravante” (E3.2).

“[...] alguns espaços são mais respeitados e outros espaços são menos respeitados, mas acontece igual” (E3.3).

“[...] tem algumas situações, felizmente muito poucas, hoje, no nosso hospital, de conflito de profissionais. E não cabe à estrutura hierárquica trazer quem está acima de quem, isso não cabe. Cabe, na verdade, o julgamento do processo, uma análise racional do processo, e é assim que a gente procede [...]” (E5).

“[...] existe briga com a área médica [...]. Porque a gente também disputa um espaço de poder com eles, não tem como negar isso, porque a gente também disputa e a gente tem a nossa estrutura organizada de uma forma que permite isso [...]” (T2).

“Entre a enfermagem e a medicina existe [...]. Isso aí é uma coisa crônica. Eles acham, pela cultura, que mandam na gente, eles acham que tem esse poder sobre a gente [...]” (T4).

“[...] o aspecto de parte do serviço ser gerenciada por uma área médica e a outra de enfermagem [...] envolve uma questão de que deixa de ser só gerencial e administrativa e para ser política” (T9).

“[...] no bom senso, discute, briga e se acha” (T13).

“[...] cada um tem a sua atividade bem definida, não é o médico que vai dar as ordens para a enfermagem fazer isso [...]. Cada um cumpre as suas atividades [...], claro que existem discordâncias, mas não existe poder” (T20).

“Olha, eu tenho vários funcionários [...]. A subordinação aqui é meio difícil, a chefia do serviço engloba uma série de coisas – a enfermeira, por exemplo – dentro da estrutura. Tem que trabalhar de acordo com os princípios ali, mas ela é e não é subordinada a mim, ela não deve satisfação a mim e eu não posso chamá-la, eu posso com jeitinho dizer uma coisa ou outra, mas eu não posso dizer ‘não, tu tens que fazer assim’, isso daí quem tem que fazer é a enfermeira que não tem nada haver, outra enfermeira que não tem nada haver com o serviço de hematologia, que não sabe nada de hematologia, nem das necessidades, nem das obrigações, nem da responsabilidade nossa” (T21).

“[...] uma briga muito grande: medicina, enfermagem, uma guerra de poderes [...]” (T23).

FIGURA 67 – Unidades de Registro da Categoria Temática DESENTENDIMENTO ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM.

4.3.2.3 PODER SUTIL

O poder também se legitima através da estrutura informal de maneira sutil, em que as pessoas conseguem seus objetivos com base na amizade, no bom senso, na troca de favores. É um exemplo, pois quando alguém recebe um favor, sente-se na obrigação de retribuí-lo, já que quem concedeu o favor adquiriu um poder sobre o favorecido.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.2 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura informal

4.3.2.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Poder sutil

UNIDADES DE REGISTRO:

“Na verdade, não temos poder de poder, tem até várias tiradas filosóficas da questão do poder, a gente tem uma harmonia muito grande, não temos assim uma relação de poder. Temos uma administração em que nossa relação de poder, quando é necessária, ela se faz presente, mas não tenho o cuidado de demonstrar esse poder” (E2).

“[...] as coisas são todas elas compactuadas, e com as chefias é como eu te disse, vai assim, vai levando, porque não adianta eu querer pegar pesado, se eu não posso demitir depois” (E4).

“[...] na verdade, as coisas que são colocadas são as mesmas que seriam colocadas se eu não tivesse participação, ninguém está aqui fazendo coisas loucas, absurdas, sabe? A postura das decisões são as mesmas, só porque elas fazem parte da tomada de decisão, então quer dizer que aí não tem problema, aí os problemas se diluem, né? Eles se dividem” (T25).

FIGURA 68 – Unidades de Registro da Categoria Temática PODER SUTIL.

4.3.2.4 MÉDICO COMO FIGURA MAIS IMPORTANTE

A figura do médico como a mais importante do âmbito hospitalar ainda é uma das maneiras através das quais o poder é legitimado. Embora haja alguns gerentes que revelam que esse fato não é o mais importante dentro da organização, pode-se perceber que para alguns profissionais esta figura é bastante representativa; e isso se traduz no poder.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.2 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura informal

4.3.2.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Médico como figura mais importante

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] historicamente, o poder dentro do hospital é uma coisa centralizada na estrutura do médico, isso é histórico, mas isso deixou de ser verdadeiro, em algumas estruturas nos últimos anos, sobretudo na nossa instituição aqui” (E5).

“O trabalho na instituição hospitalar, ele gira em torno da figura do médico. E daí as coisas se organizam muito mais para satisfazer as necessidades da área médica do que a do cliente e das outras categorias e o resto vai se adequando também [...]” (T2).

FIGURA 69 – Unidades de Registro da Categoria Temática MÉDICO COMO FIGURA MAIS IMPORTANTE.

4.3.2.5 RESISTÊNCIA

A resistência também legitima o poder, onde as pessoas, não querendo ser dominadas, resistem as ordens.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.2. SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através da estrutura informal

4.3.2.5. CATEGORIA TEMÁTICA: Resistência

UNIDADES DE REGISTRO:

“Triste do poder que não pode. Aonde não se pode demitir, contratar e aumentar salário é difícil. Então, a relação de poder é aquela de que sabe que vai ter que vir uma coisa, mas a pessoa vai achar que ela decidiu junto contigo, porque se tu mandares diretamente, às vezes, a coisa é difícil, principalmente, dependendo do ego de cada um dependendo de como a gente se coloca” (E4).

“[...] se eu começo a jogar um monte de coisas para eles fazerem, sem dar opção de eles escolherem, eu

passo a não ser bem vista pelo grupo, daí eu passo a ter outro problema de relacionamento meu com eles [...]. Tem uma resistência terrível” (T1).

“Não dá para dizer que aceitou e depois foi lá e fez do seu jeito aí não, aí o pau pega mesmo, porque aqui ninguém aceita” (T25).

FIGURA 70 – Unidades de Registro da Categoria Temática RESISTÊNCIA.

4.3.3 LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Essa subcategoria construiu-se a partir das seguintes categorias temáticas: PODER PESSOAL; NÃO SE COMPORTAR COMO O DONO DA VERDADE; e DIVERSIDADE DE PESSOAS.

4.3.3.1. PODER PESSOAL

As características pessoais legitimam o poder no âmbito organizacional. Segundo algumas chefias, essas características algumas das vezes trazem crescimento para o grupo, mas muitas das vezes manifestam-se de maneira pejorativa.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.3 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através de características pessoais

4.3.3.1 CATEGORIA TEMÁTICA: Poder pessoal

UNIDADES DE REGISTRO:

“E acaba sendo influenciado também pelo conhecimento que a gente tem, não só o conhecimento científico, não é nada disso, é mais em termos de eu conheço tal pessoa, eu posso chegar para ela, eu sei o que ela pode me oferecer, o que ela pode oferecer de bom para a clínica” (T3).

“[...] entra muito a questão do poder pessoal, das chefias que estão lá no momento. Como que ela vai resolver? Se ela vier logo, mesmo que tu cobres, isso enquanto chefia superior dela, têm pessoas que enfiam o pé na jaca direto, na maneira de se relacionar, não sabe sentar, discutir, conversar, porque não têm argumentos muitas vezes [...]” (T6.1).

“[...] tem outras que não, que procuram sempre dialogar, conversar e aí a coisa é mais harmoniosa. Tu percebes isso, a diferença, quando as pessoas são, mesmo que eles tenham um problema, tenha dificuldade.

que tenha argumentos para justificar isso e que apresente outras possibilidades de como buscar diferente, é muito diferente” (T6.2).

“[...] esse negócio entre médico, sempre tem essa coisa do coleguismo [...]” (T21).

FIGURA 71 – Unidades de Registro da Categoria Temática PODER PESSOAL.

4.3.3.2. NÃO SE COMPORTAR COMO DONO DA VERDADE

A pessoa ter a consciência de que ela não é a dona da verdade manifesta-se como uma característica pessoal que permite a legitimação do poder.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.3 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através de características pessoais

4.3.3.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Não se comportar como dono da verdade

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] eu não tenho essa capacidade de achar que eu posso pensar por cento e trinta pessoas e achar soluções mirabolantes, isso é impossível, e eu acho que ninguém tem” (T6).

“[...] eu sempre busco como orientação para mim mesmo. É que eu não sou dono da verdade e que a minha palavra, não necessariamente, será a ultima, né? Se vir um argumento convincente, um argumento importante, a gente repensa e muda se for necessário” (T11).

“[...] eu não sou dono da verdade. Eu, geralmente [...], digo o caminho que eu penso, se tem algum funcionário que fala um outro caminho [...], e é totalmente diferente do meu, eu dou até os parabéns [...] e agradeço. Não fico nem um pouco constrangido com isso, fico até confiante, porque eu vejo que ele está ali participando, não está vindo aqui só para cumprir horário” (T14).

“[...] eu não tenho a verdade inteira [...]” (T15).

FIGURA 72 – Unidades de Registro da Categoria Temática NÃO SE COMPORTAR COMO O DONO DA VERDADE.

4.3.3.3 DIVERSIDADE DE PESSOAS

A diversidade de pessoas também é uma forma de o poder ser legitimado e se manifestar dentro do contexto organizacional.

4.3 CATEGORIA: A manifestação do poder nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC

4.3.3 SUBCATEGORIA: Legitimação do poder através de características pessoais

4.3.3.3 CATEGORIA TEMÁTICA: Diversidade de pessoas

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] é do ser humano, tem pessoas mais flexíveis; outras, não. Eu sempre consigo conciliar, não sei se é porque eu sempre tenho um certo jogo de cintura, ou eu acabo cedendo. Mas a gente senta para conversar, tenta discutir e vê o que consegue encaminhar, eu acho que as pessoas me respeitam de uma certa forma” (T12).

“[...] nem todos os funcionários são homogêneos, claro, têm aqueles que participam mais, tem aqueles que menos” (T14).

“tem pessoas que são mais abertas, tu convidas, ela vem. Acho que depende mais da característica da pessoa, tem pessoas que gostam de estar colaborando, participando, contribuindo, falando, já tem outras que não gostam, são meio amarradas” (T19).

FIGURA 73 – Unidades de Registro da Categoria Temática DIVERSIDADE DE PESSOAS.

4.4 COMO SÃO OS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO “NOS” E “ENTRE” OS SETORES

Essa categoria é composta por duas subcategorias: O PROCESSO PARTICIPATIVO NOS SETORES; O PROCESSO PARTICIPATIVO ENTRE OS SETORES.



FIGURA 74 – Categoria 4: OS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO “NOS” E “ENTRE” OS SETORES.

4.4.1 O PROCESSO PARTICIPATIVO “NOS” SETORES

Nesta categoria, a pesquisadora usou letras do alfabeto grego alfa, beta, gama e delta para identificar as quatro diretorias existentes no organograma do hospital. As divisões que as compõem foram identificadas com a letra correspondente à diretoria que pertencia e um número. Essa identificação fez-se necessária para manter em sigilo a identidade dos sujeitos da pesquisa. Pelo mesmo motivo, também foram substituídos os nomes dos entrevistados. De forma que qualquer semelhança será caso de mera coincidência.

Esta subcategoria é composta pelas seguintes categorias temáticas: O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA ALFA; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 1; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 2; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 3; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA BETA; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 1; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DE BETA 2; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 3; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 4; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA GAMA; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 1; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 2; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 3; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 4; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA DELTA; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 1; O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 2.

4.4.1.1 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA ALFA

Nessa diretoria existem reuniões com as divisões, quando se discutem problemas pertinentes aos serviços. Também há, separadamente, reuniões específicas do diretor da alfa com cada chefia de divisão, em que tratam de assuntos específicos da unidade.

A diretoria comunica-se com seus funcionários de maneira formal ou verbal, usando memorandos, ofícios, portarias, circulares, ofícios circulares, para transmitir normas e diretrizes.

Quando necessário, o diretor faz reunião com as chefias de divisão e os seus serviços. No entanto, ele afirma que sua porta está sempre aberta para receber qualquer pessoa, sejam funcionários, chefe de seção, chefia de serviço. Enfim, recebe a todos, mas procura sempre respeitar a hierarquia.

Com relação à tomada de decisão das divisões pertencentes a sua área, ele afirma o seguinte:

“Dentro das coisas que eles estão autorizados a decidir, eles fazem entre eles. Mas depois, tudo eles mandam para cima para ser autorizado” (E1.1).

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação entre e nos setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: O processo participativo nos setores

4.4.1.1 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na diretoria alfa

UNIDADES DE REGISTRO:

“O nosso contato com as divisões é direto, diário[...]” (E1.2).

“[...] a divisão faz a reunião com os serviços deles, aí a divisão [alfa 1], por exemplo, ela participa na reunião [...]. São três divisões – tem [alfa 1], tem a [alfa 2], e tem a [alfa 3] – e elas participam aqui no nível de diretoria e depois eu participo no nível de direção geral” (E1.3).

“[...] quando necessário a gente faz reuniões com os chefes de divisões e com os serviços deles também” (E1.4).

“[...] e por documentos: por memorando, por ofícios, por portarias, por circulares, por ofício circular; onde são dadas as normas, diretrizes [...]” (E1.5).

“Diariamente, a gente tem contato com os subordinados de nossas divisões” (E1.6).

“A gente faz [reunião] individual, mas também faz em grupo com as três divisões” (E1.5).

“[...] aqui entre as divisões, duas terças-feiras por mês a gente faz a reunião aqui na diretoria [alfa] na parte da tarde, foi o melhor horário que se encontrou de comum acordo” (E1.6).

“[...] normalmente, assunto de trabalho eles seguem a hierarquia” (E1.7).

“[...] todos eles participam, se envolvem com decisões que são tomadas no hospital” (E1.8).

“[...] as nossas participações, as nossas decisões são tomadas sempre em conjunto em reuniões com a direção geral e as diretorias [...]” (E1.9).

“[...] a gente com diretor da [alfa], a gente faz uma reunião também, a primeira sexta-feira do mês e levamos e o que a gente tem para corrigir a gente corrige e sempre deu resultado” (T24).

FIGURA 75 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA ALFA.

4.4.1.2 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 1

Nessa divisão são realizadas reuniões por área, ou seja, por serviço, devido a vários fatores. Entre eles está o tamanho da divisão, que é muito grande e não permite reuniões com todos. Também tem o fato de as áreas serem bem específicas, apresentam assuntos específicos. Nessas reuniões são tratados assuntos técnicos e administrativos.

A chefia da divisão procura sempre estar colocando as pessoas no lugar que gostam de trabalhar e busca sempre valorizá-las. Usa sempre consultar as pessoas para fazer planejamento.

Uma chefia de serviço dessa divisão, disse que trabalha com reuniões no seu setor e busca sempre estar ouvindo as pessoas, mas os assuntos são mais relacionados com as partes técnicas. Reuniões administrativas quase não há. Usa a reunião para fazer comunicações ao grupo, e oportunizar as pessoas expor suas idéias.

4.4 CATEGORIA: **Como são os processos de participação entre e nos setores**

4.4.1 SUBCATEGORIA: **O processo participativo nos setores**

4.4.1.2 CATEGORIA TEMÁTICA: **O processo participativo na divisão alfa 1**

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] são reuniões em que a gente tenta colocar alguns procedimentos que ficaram aquém daquilo que a gente solicita [...]” (T18.1).

“[...] reuniões onde a gente tem a oportunidade de deixar as pessoas falarem, dar oportunidade para elas

expressar suas ansiedades[...]” (T18.2).

“[...] a essa reunião com todos, eu vou quando é um aglomerado grande de pessoas, mas quando é por setor, os próprios chefes mesmo fazem” (T24.1).

“[...] para fazer reunião com todo mundo junto não tem como, porque são cento e pouco funcionário. Então, a gente faz reuniões com [...] fizemos reuniões com [...]” (T24.2).

“[...] cada função tem que ser respeitada e a gente não pode chegar radical em ninguém [...]. Se por acaso, alguma coisa, não está indo de acordo, então, tem que chamar a pessoa aqui e tem que ver o que está acontecendo, eu acho que ali a gente resolve tudo [...]” (T24.3).

“São vários assuntos, aí a gente escuta bastante, também tem as reclamações deles, as coisas, então, a gente, o que está errado da nossa parte a gente procura corrigir. Porque muitas coisas não dependem da gente para resolver, a gente depende de outros, então, a gente leva e leva com seriedade e depois trás a resposta” (T24.4).

“[...] a gente é bem receptivo, e temos a mesma receptividade delas e deles. Assim, e que a gente tem a [...] e a [...] que trabalha diretamente, tem aqueles problemas que acontecem, rotineiros, né? Mas à medida que vão acontecendo esses problemas, a gente vai tentando corrigir” (T24.5).

FIGURA 76 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 1.

4.4.1.3 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 2

Nessa divisão, ocorrem reuniões eventuais e programadas em que as pessoas têm a oportunidade de expor suas idéias. Também se discutem os problemas conjuntamente. Geralmente, essas reuniões ocorrem separadamente com os serviços, pois eles são diferentes um do outro. Reuniões com todos os serviços só ocorrem quando necessárias.

Cada chefia de serviço tem autonomia de trabalhar da maneira que achar mais conveniente. A chefia dessa divisão está sempre aberta para que as pessoas procurem-na quando quiser. Porém, procura sempre respeitar a hierarquia, não passando em cima das chefias de serviços.

Uma das chefia de serviço entrevistadas não gosta de reuniões, procura sempre ter contato direto com seus funcionários. Isso se torna possível, porque o grupo é pequeno e praticamente todos ficam no mesmo lugar. Sempre são discutidos com esses funcionários

todos os assuntos pertinentes à unidade e que dizem respeito a cada um, já que os serviços são diferenciados dentro do setor.

Para os funcionários da divisão, sempre que possível, é disponibilizado curso, podendo ou não ser referente ao serviço.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação entre e nos setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.3 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão alfa 2

UNIDADES DE REGISTRO:

“Primeiro, a gente tenta ao logo do tempo, quando é possível [...], disponibilizar para os servidores reuniões eventuais, programadas para que eles coloquem a suas idéias, os seus problemas, as suas soluções dos programas em conjunto [...]” (T11.1).

“A outra possibilidade é que a gente tenta disponibilizar para eles também a participação em cursos e eventos, tentando que se aprimorem na sua formação, etc. Isso faz que depois, indiretamente ou diretamente, isso venha a contribuir nas atividades suas e de seus colegas” (T11.2).

“A minha administração é bem aberta, ela não é uma administração unilateral. Eu procuro fazer uma administração da participação de todos [...], oportunizando que todos dêem o seu palpite, que todos melhorem a qualidade do trabalho durante isso [...]” (T11.3).

“Não é por eu ser o diretor que eu vou ter que ter o comando geral da coisa, não. Eu faço com que as pessoas se sintam donas de certa forma da construção do todo e isso faz com que elas se sintam mais livres, ou mais à vontade de inserir, de criticar, de aplicar idéias, que venham a contribuir direta ou indiretamente na mudança da organização. Eu acho que a gente tem que ter sempre como foco a melhoria da estrutura [...]” (T11.4).

“[...] eu não costumo fazer reunião para tratar de uma coisa específica dele ali. Agora, quando esse problema tem a ver com todo o serviço e que várias pessoas estão com dificuldade, aí sim” (14.1).

“Agora, no caso, eu tenho um funcionário [...], e ele está com uma dificuldade ali, mas os outros conhecem. Vamos supor, eu falo com ele, eu não gosto de reunir o pessoal para falar de uma coisa que só ele não compreendeu, lógico que se isso voltar a repetir alguma coisa, eu faço uma reunião para ver o que está acontecendo, se sou eu que não estou sabendo passar para ele, alguma coisa assim ou se, realmente, ele está com uma capacidade limitada, vamos dizer, de entender aqui e ali. Porque eu, na verdade, não gosto de reunião, desses blá, blá, blá, de fazer esses *feedback*, está entendendo? Botar a pessoa ali, está tratando de um assunto se os demais não têm envolvimento naquilo ali [...]” (T14.2).

“[...] eu faço uma reunião quando o assunto envolve todos os funcionários do setor [...]” (T14.3).

“[...] quando é uma coisa específica, eu gosto de tratar frente a frente com a pessoa” (T14.4).

“Eu tenho dois funcionários que interagem comigo. Eles praticamente desempenham as mesmas funções, claro, que eu fico sempre supervisionando isso e tenho três que são específicos [...]. Não tem tempo de estar fazendo outras atividades, e lógico que esses dois funcionários ajudam eles quando eles precisam, e inclusive eu também” (T14.5).

FIGURA 77 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 2.

4.4.1.4 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 3

Essa divisão possui um único serviço, totalmente diferente. A chefia desse serviço afirmou que esse fato só dificulta o processo, pois os assuntos são praticamente todos resolvidos pelo diretor. No entanto, ela não ultrapassa a hierarquia, sempre vai com o chefe de divisão conversar e resolver os problemas na direção. A participação dos funcionários com esse setor ocorre só para solucionar problemas específicos.

A divisão trabalha mais com as duas seções, os assuntos tratados são de ordem administrativa do hospital. Há reuniões da divisão com as duas seções sempre que necessário, e reuniões da divisão com a chefia de serviço separadamente.

A chefia de serviço trabalha com seus funcionários, procurando envolver todos nos planos de ação, nas diretrizes, nas decisões rotineiras e estratégicas. Há uma comissão que representa os funcionários devido à dificuldade de reunir todos, pois o grupo é muito grande.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação entre e nos setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.4 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão alfa 3

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] geralmente, as nossas reuniões [...] é mais específica quanto a pagamento. A gente trata mais nós três [...] em conjunto é mais raro com a divisão como um todo, com o serviço de [...] já que é uma coisa mais específica, quando há uma necessidade, são poucas vezes que ocorreram, se faz reunião com as três chefias” (T16.1).

“[...] em outro momento é com a Paula, que o dela é uma contratação, uma renovação, é um problema de saúde, mais específico da escola. Eu não tenho como um reserva, de que alguém vai lá suprir a necessidade da Paula. Geralmente é eu, Paula e o nosso diretor da área. Como resolver a necessidade que ela tem, de um professor, que está com problema de saúde, licença de gestação? Essa questão se discute ao nível de direção” (T16.2).

“Ela [reunião] é mais a miúdo quando há dificuldade, se faz para resolver aquela questão, ou a cada quinze dias, às vezes, quando não tem nada muito importante, a cada mês, conforme a necessidade. Quando há necessidade de imediato, marca na hora seguinte para resolver, porque tem questões que depende de prazo, então, a gente tem que resolver [...]” (T16.3).

“[...] com a Paula depende da necessidade dela. Geralmente, quando tem uma licença a saúde, ou maternidade, aí ela já tem a programação e a gente se reúne mais com tempo, às vezes, porque tem uma programação para discutir. Quando é uma coisa meio urgente também, é feito na hora para resolver a questão” (T16.4).

“A gente tem assim curso [...] de relacionamento, para que todos estejam entrosados na mesma rotina, para

que haja uma motivação de trabalho, para que não fique só cada um fazendo a rotina. E também eu sou muito a favor assim de um rodízio de rotina, para que o funcionário, ele não fique só fazendo certas rotinas, todos têm conhecimento” (T22.1).

“[...] o nosso setor, agora não, mas já teve assim bastantes cursos de interação interpessoal [...]” (T22.2).

“[...] a gente tem feito cursos, como está sendo promovido, o pessoal se intera mais em grupo assim” (T22.3).

“Olha, aí vai depender muito do quanto o fulano é querido ou não no grupo, né? Tem aquela que fica mais afastada do grupo. Querendo ou não o grupo tem panelas, já acabou muito, mas ainda tem e tem as afinidades também. Que não dá nem para chamar de panela, são mais afinidades. Então acaba acontecendo isso, acaba ainda, tu estás mais disponível a ajudar aquele que tem mais afinidade. Mas a gente tem uma escala onde não fica furo e onde as pessoas têm de ir de acordo com a escala. Então não tem muito esse negócio de ‘aí, socorro! Estou precisando de ajuda! Corre!’” (T25).

FIGURA 78 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO ALFA 3.

4.4.1.5 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA BETA

Essa diretoria procura empregar a gestão participativa, utilizando métodos de reuniões, como destacou a diretora:

“[...] têm reuniões periódicas agendadas ordenadamente. Então, existem reuniões semanais em várias instâncias deliberativas. Tem reuniões semanais e tem reuniões quinzenais em instâncias maiores, de maior volume, como é a reunião de todas as chefias, que a gente faz a reunião quinzenal, que também é um foro deliberativo, mas um foro deliberativo de coisas menores, não decisões importantes que vão mexer com toda a estrutura de [beta], mas decisões do cotidiano, de alteração do cotidiano, então, não se resolve nada que não seja dessa forma” (E3).

Cada divisão procura trabalhar de acordo com as peculiaridades que o serviço exige, mas sempre em conjunto com a diretoria, ou seja, ela sempre sabe o que está ocorrendo em cada divisão.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação entre e nos setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.5 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na diretoria beta

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] acima da diretoria [beta], tem duas instâncias superiores, que é o conselho administrativo, que é formado pelas divisões, as comissões de assessoramento e a diretora de [beta]. Então, esse é o conselho

administrativo que fica acima. Então, as decisões executadas pela diretoria [beta] partem desse conselho e acima desse conselho administrativo. E aí são decisões puramente administrativas, ele delibera, mas delibera em coisas administrativas que já existam normas formuladas. E quando envolvem mudanças de normas, mudanças mais abrangentes, então, tem a assembléia geral que é superior ainda, se não passar pela assembléia geral não tem como montar” (E3.1).

“[...] tudo que a gente constrói em forma de minuta [...], essa minuta vai para todos os setores, é discutido em todos os turnos, com todos os servidores e volta em forma de sugestão, de alteração. Depois é sistematizado, depois [...] vai para uma assembléia geral e é votado [...]. Então, todas as normas, documentos, regimentos, códigos, tudo passa por esse processo, não é feito assim de cima para baixo, todos têm direito em algum momento de opinar, de decidir, de mudar, de alterar [...]” (E3.2).

“[...] cada divisão tem a rotina diferente” (E3.3).

“[...] tem uma reunião por semana com as quatro divisões [...]. Nesse dia ela traz vários problemas de estratégia, de planejamento [...], e aí a gente discute a melhor forma de decidirem as coisas” (T1).

“[...] tem a reunião de diretoria [beta], onde todas as chefias do hospital da diretoria [beta] participam” (T3.1).

“Aqui, a diretoria [beta], a diretora, ela tem feito comissões, algumas comissões, para estar fazendo o planejamento, realmente, para o hospital como um todo” (T3.2).

FIGURA 79 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA BETA.

4.4.1.6 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 1

O processo participativo dentro dessa divisão ocorre através de reuniões nos setores ou nos turnos, de acordo com as especificidades das unidades. Segundo a chefia de divisão, estas reuniões é

“[...] onde se discutem os problemas das unidades, onde se discutem as dificuldades pra poder estar ouvindo todo mundo, né? O que as pessoas acham, o que é importante [...]” (T2.1).

Também se fazem conversas diretas. Quando o problema envolve algumas pessoas, costuma-se

“[...] chamá-las para discutir a respeito daquele problema. O que pode ser feito, como dá para resolver [...]” (T2.2).

Quando se realiza assembléia geral, não é possível a presença de todas. Então,

“[...] a gente repassa o material [...]. O que é que a comissão que está discutindo isso está fazendo? [...]. Repassa para as unidades para que elas discutam e mandem as suas opiniões; convida para participar das reuniões” (T2.3).

4.4 CATEGORIA: **Como são os processos de participação entre e nos setores**

4.4.1 SUBCATEGORIA: **o processo participativo nos setores**

4.4.1.6 CATEGORIA TEMÁTICA: **O processo participativo na divisão beta 1**

UNIDADES DE REGISTRO:

“O que a gente participa é dentro de um certo limite, por exemplo, a questão de material: eu quero adquirir determinadas coisas, eu solicito, ele volta para mim, eu posso dentro de certos limites impostos da administração pública decidir o que eu quero, mas eu não posso decidir se aquilo é o mais importante para ser comprado naquele momento, porque isso é uma decisão da direção. Da mesma forma em relação ao pessoal, em tudo assim, não tem um fórum de decisão” (T2.4).

“[...] depende..., nós temos uma área que também é delicada, tem situações técnicas que não adianta discutir que o correto é daquele jeito e não dá para tu atenderes o desejo individual de cada um, porque o direito do doente é bem acima das coisas” (T2.5).

“Depende em que instância... Nas coisas relativas, nas que estão mais próximas de mim, a gente participa mais decisivamente, consegue influenciar, consegue estar decidindo, as coisas no que diz respeito mais à [beta], ao meu serviço em si, a gente consegue ter uma participação maior” (T2.6).

“Com relação ao hospital, daí já poderia dizer que hoje a gente é consultado algumas vezes, nem sempre é consultado sobre as coisas, participa algumas vezes das decisões gerais do hospital” (T2.7).

“[...] depende do assunto, se o problema engloba uma decisão geral do ambulatório, daí eu faço a reunião geral” (T5.1).

“Muitas vezes eu faço reunião por grupo de trabalho ou por área de trabalho também” (T5.2).

“Às vezes é com todo o ambulatório, às vezes é por área e às vezes é por turno, dependendo do assunto” (T5.3).

“E quando o assunto diz respeito a uma pessoa, é com essa pessoa que eu vou conversar” (T5.4).

“Como gerência eu participo dando sugestões, fazendo o meu planejamento e dando sugestões no planejamento da direção de [beta] como um todo, ou até mesmo da direção do hospital como um todo” (T5.4).

FIGURA 80 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 1.

4.4.1.7 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 2

Assim como na divisão beta 1, usa-se na beta 2 também o método das reuniões. Porém, os serviços dentro dessa divisão diferenciam-se quanto às formas de reuniões, pois eles têm especificidades que permitem e exigem isso. A chefia dessa divisão prefere trabalhar de acordo com as particularidades de cada chefe de serviço. Por exemplo, vai às reuniões de serviço somente quando solicitada, para deixar que as chefias sintam-se mais à vontade. Ela declarou:

“[...] eu me relaciono com cada chefe [...]. Então cada um trabalha de um jeito. Então, eu tento trabalhar com elas de acordo como elas acham que deve ser” (T1.6).

Um dos serviços usa dividir a equipe para formular o planejamento do serviço, cada equipe responsabiliza-se por um assunto específico. De acordo com a chefia desse serviço, a chefe de divisão não trabalha com ela nenhum planejamento geral da divisão. Ela alega que a divisão não tem esse planejamento, mas seu serviço especificamente tem, e os outros serviços também, pois elas se interagem e trocam idéias.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação entre e nos setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.7 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão beta 2

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] eu posso trabalhar diretamente, indo às unidades por que eu sou responsável e atuando junto com eles na assistência, coordenando grupo, fazendo as atividades; ou indiretamente, através de umas atitudes que eu tomo, ou algumas decisões que vão repercutir no grupo que eu estou coordenando” (T1.1).

“Se há algum [...] ou chefe de [...], ele tem um problema, tem problema que eu resolvo com ele. Tem problemas, que ele trás para mim, e a gente resolve. Tem que ter solução rápida. E tem problema que ele leva para essa reunião com os cinco chefes, onde a gente resolve junto, cada um dá a sua opinião e a gente tentar achar solução” (T1.2).

“[...] vamos pegar uma unidade... Tem o [...], que é o coordenador daquele grupo, então, as coisas do dia-a-dia ele é que tem que lidar. É coisa que ele tem que resolver. Quando ele não consegue [...], ele procura o chefe da unidade dele [...]; vai resolver esse tipo de coisa [...], foi tentado e não deu. Daí eles trazem para a divisão [beta 2] [...], eu sento com ele, aí a gente descobre uma forma de lidar [...], a gente tenta resolver. Se isso não deu para solucionar aquele problema [...], eu levo para minha chefia, que [...] seria a diretora de [beta]” (T1.3).

“[...] a participação dentro dos setores é bem trabalhada, tudo é levado de volta” (T1.4).

“[...] todos os [...] da clínica têm o seu dia de reunião com o [...] e seu grupo de funcionários” (T1.5).

“[...] tem reunião mensal de turnos – de manhã, de tarde – de cada turno, em que eu costumo estar participando [...], levando as coisas de um turno para outro [...]. O que é necessário estar modificando ou acrescentando” (T3.1).

“[...] em relação à divisão [beta 2], isso não tem acontecido [...]. É definido, mas a gente não tem um planejamento, ‘o que é que nós vamos fazer esse ano’, não tem um planejamento, não tem uma coisa [...]. Primeiro, não é definido isso lá, mais que a gente acaba fazendo por uma questão de colaboração com a Fernanda, com a Cláudia e com a Marta” (T3.2).

“Para poder trabalhar com a equipe, todos os problemas que a gente possa estar trabalhando nesse tempo e que parta deles e que não seja uma coisa imposta pela chefia, eu fiz reuniões de turno e [...] foi uma decisão em conjunto, que cada turno fizesse o planejamento de um determinado assunto: a turma da manhã ficou responsável para trabalhar a questão do material [...]; a turma da tarde ficou com a questão de treinamento [...]. Essa é uma forma de planejamento que eu tenho feito com o pessoal, onde eles participam de uma forma mais efetiva de todas as atividades do setor [...]” (T3.3).

“[...] a turma que trabalha à tarde é uma turma mais nova, trabalha mais em equipe, e colaboram bastante uns com os outros. É uma equipe onde cada funcionário sabe o seu dever, mas que colaboram com o outro

para que o outro faça de uma forma mais leve suas atividades também. E eu sei que tem uns, por exemplo, que não colaboram muito, fazem seus serviços, tem pessoas que são mais individualista, fazem o seu serviço e não se preocupam se o outro está levantando peso, se está preocupado [...] porque tem muita medicação para preparar. Então, a gente sabe que tem pessoas que são mais individuais e acabam atrapalhando uma equipe, e tornando a equipe mais individualista, e outras equipes que colaboram bastante” (T3.4).

“Em termos de colaboração, por exemplo, com troca de plantão, tem tido bastante troca entre as pessoas, manhã e tarde, principalmente, e às vezes até do noturno, e não tem havido problemas em relação a isso, ultimamente, a gente está tendo bem menos problemas. Quando há um atestado médico, sempre há uma indisposição da equipe, a gente percebe que tem uma indisposição, porque eles acabam tendo que trabalhar em dobro e a pessoa que pegou o atestado... Se ela pegou por um motivo, depende do motivo, né? Como se a gente tivesse que estar com o motivo do atestado justificando ou não a falta [...]. A cara do colega que vai receber esse colega que faltou, então, se ele faltou por um motivo que é considerado nobre, aí ele é recebido de uma forma. Mas se ele faltou por um motivo que, muitas vezes, ele poderia estar aqui, aí a equipe mesmo já rejeita” (T3.5).

“[...] tem a reunião de divisão que daí têm todas as chefias, elas participam de uma reunião mensal ou quinzenal” (T3.6).

“[...] volta e meia a gente faz conversas informais; volta e meia a gente senta para conversar a respeito da assistência, a respeito dos pacientes. Quando dá algum problema a gente procura estar resolvendo de uma forma informal, a princípio, ou tentando, por exemplo, fazer planejamento estratégico [...]” (T3.7).

“[...] a gente senta e conversa como é que vamos fazer o planejamento junto com os [...] da minha unidade [...]. A gente troca idéias, é uma coisa bem interessante e é uma integração informal também” (T3.8).

FIGURA 81 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 2.

4.4.1.8 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 3

O processo participativo dentro da divisão beta 3 é realizado por meio de reuniões e contato direto. Há reuniões da divisão com todas as chefias de serviço; da divisão com cada chefia de serviço individualmente; com a divisão, a chefia de serviço e a sua unidade; com as chefias de turnos e a equipe de turno que elas representam; com a chefia responsável do turno e a chefe de serviço.

Os assuntos discutidos e a forma como é realizada a reunião, bem como o período, variam de serviço para serviço, visto que cada um deles possui as suas peculiaridades. O contato direto ocorre através de visitas aos turnos ou quando as pessoas procuram as chefias ou representantes para tratar de assuntos específicos ou particulares.

Em um dos serviços, ocorrem reuniões da chefia com as chefias de turnos, em que elas tratam de assuntos, pertinentes a unidades, que já foram discutidos anteriormente. Após a reunião, as representantes dos turnos levam novamente o que foi discutido a sua equipe. A chefia de serviço usa também de visita a cada turno para ter um contato mais direto com os funcionários.

4.4 CATEGORIA: **Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores**

4.4.1 SUBCATEGORIA: **O processo participativo nos setores**

4.4.1.8 CATEGORIA TEMÁTICA: **O processo participativo na divisão beta 3**

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a gente tem conversas, tem que estar junto, eu gosto de participar das reuniões de serviços, eu gosto de visitá-los. Sempre que eu posso, eu visito todo o dia, sempre que eu posso. Eu gosto quando elas me pedem ajuda, me solicitam, eu gosto de estar sempre junto ali” (T4.1).

“[...] eu tenho o contato com as chefias de serviço, cada serviço desse tem as suas reuniões [...]” (T4.2).

“[...] tem reunião só com as chefias de serviço” (T4.3).

“Nós temos com as [...] reuniões mensais. Então eu [...] e as [...] dos cinco turnos, somos oito no total..., então uma vez por mês nos fazemos reuniões normalmente e levantados os problemas que surgem no dia-a-dia. Então, na verdade, elas também são porta-vozes dos funcionários do turno delas. Daí nós decidimos, ou optamos pelo que deve ser feito e devolvemos para o turno, porque daí cada uma voltando para seu turno devolve aquilo que foi pensado em proposta para eles, e eles aceitando é o que começa a ser realizado daí em diante [...]” (T7.1).

“[...] procuro fazer [...] visitas aos turnos, de manhã e à tarde eu estou sempre por aqui, eu estou sempre ouvindo e eles são as pessoas que mais diretamente ajudam a chefia a tomar providência, porque [...] eles que estão vendo problemas de área física, problema de conserto, problema de material, [...] problemas de falta de funcionário, que é lógico que eles têm que comunicar, para eu providenciar cobertura na escala [...]” (T7.2).

“[...] periodicamente eu faço visita aos noturnos. Venho aqui, converso, já teve uma vez que eu e a Madalena viemos falar sobre hospital amigo da criança, aleitamento materno, em que a gente deixou todos funcionários numa sala e um outro funcionário tomando conta e ficamos bem tranquilos, bem à vontade, sem estar preocupada com toda a dinâmica do setor para que a gente discutisse os assuntos pertinentes à unidade” (T7.3).

“[...] todas as propostas, todas as reivindicações partem deles e nenhuma decisão é tomada individualmente, nem pela chefia, nem pela chefia de turno. Sempre é levando para cada turno discutir os pontos envolvidos, darem o seu parecer e daí da maioria das opiniões, então, é uma participação democrática [...]” (T7.4).

“[...] a instituição tem as suas normas, tem as suas rotinas, eles sabem delas, mas eles também são passíveis de estar atuando na dinâmica dessas normas e rotinas, porque nada é estático, tudo é flexível, então eles são cooperadores diretos, de todo o funcionamento da instituição, tanto no que diz respeito à assistência direta, como à forma de trabalhar administrativamente” (T7).

FIGURA 82 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 3.

4.4.1.9. O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 4

Essa divisão também trabalha com reuniões. A chefia está sempre presente nas reuniões da chefia de serviço. Assim como nas outras divisões, algumas unidades são bastante distintas, e fazem suas reuniões a fim de atender às suas necessidades específicas.

A chefia de serviço de umas das unidades afirmou que, geralmente, tenta resolver os problemas do setor no dia-a-dia, sempre por meio de conversas formais ou informais; e de equipe.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: O processo participativo nos setores

4.4.1.9 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão beta 4

UNIDADES DE REGISTRO:

“Às vezes, é reunião formal, às vezes é bate-papo informal num sentido de esclarecimento. Por exemplo, tem muito aqui, a gente faz o seguinte, elabora um documento que precisa ser mudado, um documento que já existe, elabora outras propostas. Essas propostas, elas vão para as unidades [...], a gente conversa com as chefias, e depois talvez conversa por turno para esclarecer as mudanças e para as pessoas opinarem, colocarem se concorda, se não concorda, se tem outras opiniões, além daquilo que está escrito para depois poder revalidar isso numa assembléia [...]. Se for mudar algum documento, alguma coisa, então, através de reuniões, de conversas, de esclarecimentos” (T6.1).

“[...] Geralmente a gente procura conversar e explicar quando precisa que as pessoas participem ou se é de um treinamento, ou se é de uma reunião de turno para ler um documento e emitir opiniões a cerca desde documento” (T6.2).

“Eu procuro dialogar, dar espaço para todos, é claro que é minha função colocar uma certa ordem de esclarecimento, de como vai acontecer a reunião, se essa for a minha função no momento, porque tem reuniões que eu não coordeno, só participo. Então, é mais ou menos dessa forma, dando espaço para que todos se coloquem. Mesmo aqueles que se colocam contra, eu acho que eles têm o direito de se colocar. Porque na verdade é na diversidade que a gente cresce e busca outras opiniões, não é só na igualdade não, e não tem como numa organização deste tamanho, com quinhentos e poucos funcionários [...] todos pensarem do mesmo jeito, é impossível, né? Nem numa divisão de [...], que tem uns cento e trinta funcionários, mais ou menos, então é impossível, então eu tento chegar num consenso, sempre. Agradar a todos, nunca [...]. Eu sou uma pessoa que procura ser correta, então, é impossível agradar a todos” (T6.3).

“[...] se for preciso reunir o pessoal uma vez por semana, depende da necessidade, assim, fixa mesmo, são duas gerais com todo o [...] pra resolver problemas relacionados com férias, troca de turno do trabalho, problemas do setor mesmo são resolvidos durante a semana em reuniões de turno” (T8).

FIGURA 83 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO BETA 4.

4.4.1.10. O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA GAMA

A diretoria gama age conforme as necessidades. De acordo com a diretora, os profissionais que compõem sua diretoria são indisciplinados para reuniões administrativas, só gostam das reuniões técnicas, por isso não há reuniões administrativas com todas as chefias de divisão.

Ela atua conforme a característica de cada unidade. Segundo ela, cada especialidade tem suas características, cada pessoa tem a sua personalidade:

“[...] cada um vai com seu jeito e depende da personalidade do grupo que tu estas comandando” (E4.1).

Por isso, há divisão com as quais ela faz reunião, há outras que não. Mas além da personalidade, o tamanho do grupo também interfere, visto que há divisões pequenas, fáceis de reunir e outras extremamente grandes, impossibilitando assim tal ação. De acordo com uma das chefias de serviço, o contato entre as divisões dentro da diretoria ocorre só quando necessário.

<p>4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores</p> <p>4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores</p> <p>4.4.1.10 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na diretoria gama</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] se o [...] é chefe de serviço, ele vai observar se o serviço está funcionando bem, vai fazer as escalas de plantão, vai ficar responsável por ela. Se o [...] não vier dar o plantão, o chefe imediato, ele tem que ser responsável, por exemplo” (E4.2).</p> <p>“[...] é indisciplinado para reuniões administrativas, mas técnica funciona” (E4.3).</p> <p>“[...] as coisas são dinâmicas, não existe aquela estrutura formal. Existe encontro quando há necessidade e é, geralmente, bem assídua” (E4.4).</p> <p>“[...] informes oficiais, por memorando, ou por ofício” (T9).</p>

FIGURA 84 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA DE GAMA.

4.4.1.11 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 1

Na divisão gama 1, as reuniões são difíceis de ocorrer e apresentam uma participação bastante fraca. Os assuntos discutidos são principalmente técnicos, científicos e da área. A parte administrativa não é tratada. O chefe de divisão afirmou o seguinte:

“[...] existe participação de pessoas do mesmo serviço. Agora, de um serviço para o outro raramente, raramente existe. Existe participação assim, na prática, por exemplo, se eu chamo, isso não depende só da divisão, depende do departamento e divisão, se eu peço um parecer, aí existe interação, em reunião científica, isso existe, agora administrativa é difícil, administrativa não existe [...]” (T26.1).

Uma das chefias de serviço afirmou que, geralmente, ela passa por cima da divisão e da diretora de gama e vai direto ao diretor pra resolver seus problemas; assim como os seus funcionários passam por cima dela e vão direto também à diretoria.

<p>4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores</p> <p>4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores</p> <p>4.4.1.11 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão gama 1</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] na reunião, se eu vou, eu vou, se eu não vou, não vou. Fica assim, tem professor que não vem aqui” (T21.2).</p> <p>“[...] não existe um processo integrado de esclarecimento entre as pessoas que participam do processo” (T21.3).</p> <p>“[...] não existe, de ponta a ponta, nada de organização, de planejamento estratégico [...]” (T21.4).</p> <p>“[...] tem algumas coisas burocráticas, não é administrativa, que eles cumprem [...]” (T21.5).</p> <p>“Às vezes com o chefe de serviço, às vezes com o próprio funcionário também, e às vezes tu não tens muito contato com ele. Então, a forma de participar, às vezes mais direto assim, é mandando documentos. Por exemplo, quando eu quero fazer cumprir alguma coisa que me foi passada de cima, em geral eu mando xerocar aquilo ali, entregar em mãos e protocolar. Às vezes eu também dou o recado pessoalmente. Quando tem alguma coisa eu me levanto daqui e vou lá diretamente e dou o recado que eu quero. Outras vezes, menos frequentemente com reuniões, porque é grupo muito grande e o serviço público nem sempre é muito fácil tu convocar uma reunião e tu fazer com que as pessoas te atendam, então, muito vai por comunicação escrita ou assim, recado direto mesmo, bilhetinho, muito de comunicação escrita assim” (T26.2).</p>

FIGURA 85 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DE GAMA 1.

4.4.1.12 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 2

A chefia dessa divisão reúne-se com as pessoas para informar como deve ser realizada determinada atividade e para discutir assuntos técnicos. Só trata de assunto com a diretoria que diz respeito ao setor. Se for de outra divisão, a chefia afirmou:

“[...] eu nem tomo conhecimento” (T13.1).

Cada serviço executa suas atividades e só procura a divisão quando necessário. Assim mesmo, para tratar mais de assuntos técnicos. Um dos chefes de serviço declarou que no serviço que está sobre sua responsabilidade só se fazem reuniões para discutir assuntos técnicos. As pessoas interagem também mais com essa finalidade, portanto, todas as decisões técnicas são tomadas em conjunto, não havendo decisões administrativas. A interação entre as chefias de serviço dessa divisão ocorre, quando há necessidade, por meio de conversas.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores
4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores
4.4.1.12 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão gama 2

UNIDADES DE REGISTRO:

“Reuniões, às vezes tem que se reunir lá com o pessoal para dizer como é que tem que ser feito, ou memorando, alguma coisa assim” (T13.2).

“Eu sou chefe de divisão [gama 2] [...], se tiver algum problema de um serviço, de uma folga [...], que não funciona problema, aí vem para mim, os problemas vem para mim” (T13.3).

“[...] reunião planejada dia tal, isso não tem” (T13.4).

“[...] a decisão é de todo o grupo [...], o nosso objetivo é o paciente, é visto o paciente, são vistas as condições do paciente, e depois nós vamos numa reunião, onde está sendo decidido agora pelo grupo e é respeitado a decisão do grupo” (T20.1).

“[...] conversas entre si” (T20.2).

“[...] não tem decisões administrativas” (T20.3).

“[...] não tem nenhuma reunião das chefias de serviço” (T20.4).

“[...] as decisões administrativas são por conta da direção do hospital” (T20.5).

“[...] tem mais participação [...], nada de formal, na base da conversa [...] chegar ao consenso das pessoas. Tem sido difícil chegar a um ponto crítico, tem gente que gosta mais de uma parte, outra de outra, tem feito uma divisão” (T20.6).

FIGURA 86 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 2.

4.4.1.13 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 3

A chefia dessa divisão argumenta que faz um trabalho cooperativo, sendo realizadas reuniões semanais com um grupo multidisciplinar; reunião mensal com o corpo clínico; reunião semanal com a diretoria de gama, a divisão e as duas chefias de serviços; e reuniões quando solicitadas por algum grupo. Segundo a chefia,

“[...] dentro desses vários serviços [...], nós temos solicitado um relatório formal de fatores que estão impedindo aquele serviço crescer, fatores que estimulam, solicitando proposta de melhoria para isso. A gente está em nível setorial, ainda, na [gama 3] analisando esses dados. De repente, fotografando ou visitando cada unidade para de fato ver o que é mais imediato, o que pode ser resolvido em curto prazo e em médio prazo, e levar essa proposta como um todo para a direção, ou seja, para um nível hierárquico ou gerencial um pouco maior. Então, são modos deles poderem participar, tanto no sentido de não só exigir aquilo que não está perfeito, mas também fazendo com que eles sugiram ali alguma forma de melhoria” (T9.1).

Apesar disso, o entrevistado, ressaltou que na reunião composta pela diretoria, divisão e serviços, os assuntos tratados são mais rotineiros:

“[...] são rotineiras, são situações mais imediatas, a gente ainda não tem conseguido desenvolver situações estratégicas” (T9.2).

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: O processo participativo nos setores

4.4.1.13 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão gama 3

UNIDADES DE REGISTRO:

“A gente tem como praxe uma reunião, que seria interdisciplinar, toda a segunda-feira e reunião, que seria específica, só da área [...], pelo menos uma vez a cada três meses, quatro meses” (T9.3).

“[...] nas reuniões de serviço, na segunda-feira, que é mantida com livro ata, com parecer formado em relação a cada reunião” (T9.4).

“[...] reuniões vão ocorrendo de modo informal conforme a necessidade do serviço, principalmente do serviço procurando essas áreas de assistência, né? Que são de manutenção, se for necessário algum tipo de melhoria do serviço específico, mas formalmente, não, pré-formada, pré-agendada, não” (T9.5).

“A gente faz reuniões semanais com um grupo multidisciplinar, onde participa enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, cada um dentro de sua área. Temos uma reunião

multidisciplinar e nós trabalhamos de forma cooperativa, não de divisão de tarefa, de forma cooperativa [...]” (T15.1).

“[...] cada um tem uma responsabilidade com o grupo” (T15.2).

“[...] mensalmente com todo o corpo clínico [...]” (T15.3).

“[...] sempre que necessário, com qualquer grupo que solicite” (T15.4).

“Nós temos uma reunião semanal com a direção geral, com a nossa direção técnica [...], o chefe de serviço z, o chefe de serviço x e eu” (T15.5).

FIGURA 87 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 3.

4.4.1.14 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 4

Essa divisão só tem um serviço, e as duas chefias mantêm contatos diretos, sempre uma procurando a outra para soluções de problemas, sendo realizada uma reunião mensal, com a chefia de divisão, a chefia de serviço e os funcionários, na qual se resolvem os problemas, não sendo suficiente o tempo para planejamentos e outros.

De acordo com a chefia de divisão, não são realizadas mais reuniões durante o mês por falta de interesse dos próprios componentes do grupo. Ela afirmou que

“[...] não existe uma gerência administrativa da coisa [...]. As pessoas confundem essa coisa administrativa com uma chefia assim: ‘o teto caiu. O que tu vais fazer para arrumar?’ [...] Não existe esse intercâmbio de informação e de pessoas para que tu possas trabalhar numa equipe” (T23.1).

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.14 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão gama 4

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] todas as decisões grandes dos serviços são levadas em reunião e é feita a votação. Não tem nada de autoritarismo, tudo é votado e a maioria é acatada, mesmo que não seja a minha proposta, por exemplo” (T10).

“[...] ‘eu até me culpo às vezes, porque eu acho democrática demais, por ter uma estrutura como é, completamente informal, que tu não vês formalidade, tu não vês fluxo de subordinação, nada, é informal, e às vezes, tu vais ter aquele que vai compreender e aquele que vai te xingar [...]’ (T23.2).

“[...] muita reunião administrativa para resolver furos, para resolver problemas que estão aparecendo, e acaba não sobrando tempo para o que a gente queria. E quando tu queres encurtar o tempo e fazer mais reuniões, eles falam que não vêm porque eles não são pagos para isso” (T23.3).

FIGURA 88 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO GAMA 4.

4.4.1.15 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA DELTA

Essa diretoria tem duas divisões e trabalha principalmente de maneira informal. As divisões têm liberdade de escolher as forma de trabalho que vão exercer com seus serviços. O diretor da diretoria só interfere quando solicitado. Geralmente os problemas seguem a hierarquia, se o serviço não consegue resolver passa para a divisão, e essa, se necessário for, repassa para a diretoria.

No entanto, o diretor trabalha com a “porta aberta”, ou seja, todos podem chegar na direção para falar com ele, embora ele instigue as pessoas a procurar sempre seu superior antes. Prefere o contato mais direto com as pessoas, acreditando que dessa forma ele atinja maior resolução dos problemas. Por isso sempre faz visitas as unidades.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores
4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores
4.4.1.15 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na diretoria delta

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] eu sempre uso essas palavras, nós sempre gerenciamos mais o atacado, nós que somos diretores, mas às vezes temos que nos envolver no varejo” (E2.1).

“[...] a nossa participação é de um por um e direta, nós não temos reuniões formais, com calendário” (E2.2).

“[...] eu tenho por norma não interferir nas rotinas dos serviços e nem na gerência de pessoal do serviço. Isso é autonomia da chefia de serviço. Agora, é claro, se tiver uma dificuldade maior, a gente se reúne, eles convocam uma reunião com os servidores e eu vou à reunião e de preferência chegamos a uma conclusão que seja principalmente a ideal, institucionalmente falando” (E2.3).

FIGURA 89 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIRETORIA DELTA.

4.4.1.16 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 1

Segundo a chefia, os serviços que pertencem a essa divisão são muito distintos, impedindo assim que se façam reuniões com todas as chefias juntas. Sendo assim, tal ação só ocorre esporadicamente quando há algum problema que mexa com todas. Quando ocorre algum problema, é tratado somente com as chefias dos serviços envolvidos ou com as pessoas envolvidas.

Em geral, as reuniões são realizadas separadamente por serviço, nas quais se reúnem a divisão e a chefia do serviço para averiguar as deficiências e traçar as estratégias. Eventualmente, quando necessário, os funcionários que compõem a unidade também participam dessa reunião, senão eles participam das reuniões da unidade à qual pertencem. Sendo assim, a chefia da divisão afirmou que

“[...] a divisão não tem uma linha única, não existe norma única para todos serviços serem vistos como um todo. Em cada serviço a gente age conforme a situação. Eles são serviços que têm particularidades diferentes [...]” (T12.5).

Portanto, cada serviço faz suas reuniões com seus funcionários, nestas ocasiões a divisão só aparece quando solicitada, já que são discutidos mais assuntos ou problemas corriqueiros.

Em um dos serviços dessa divisão, ocorre reunião quinzenal com todos. Por ele ser formado por um grupo pequeno, é possível que todos participem. Neste setor, cada um tem sua função, sua unidade e seu setor de trabalho, respondendo assim por eles. Nas reuniões, ocorre troca de idéias, a fim de permitir que cada um saiba do trabalho do outro.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.16 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão delta 1

UNIDADES DE REGISTRO:

“Cada serviço faz as suas reuniões separadas [...]. A divisão participa quando tem algum tema que tenha que ser debatido em um âmbito maior ou que tenha que dar um reforço para a chefia. Aí a divisão vai, entra. Senão há reuniões ordinárias conforme as chefias de serviço e seus colaboradores” (T12.1).

“[...] em geral, as reuniões de serviços são feitas para discutir probleminhas corriqueiras, assim, do dia-a-dia mesmo. Então, não há necessidade da divisão participar, aí ela reúne, chefia reúne e discute entre eles. Mas tem coisas assim difíceis que extrapolam, daí ela passa para a divisão, ela discute ou eu vou até lá ou ela discute comigo e ela leva alguma proposta para discutir com eles” (T12.2).

“[...] no serviço de [...], a gente reúne com eles e a gente vê quais são as deficiências e traça as estratégias. Traça o ato que vai ter que ser feito [...]” (T12.3).

“[...] quando nós temos problemas [...], quando a situação envolve só o processo daquele serviço, ou eu converso com a chefia, ou se envolver mais pessoas a gente invoca ou a seção ou alguns funcionários para discutir isso aí. Agora, quando envolve mais de um serviço, normalmente, a gente faz um primeiro contato só com as chefias, porque daí esse aí foge ao meu processo. Então a gente convida as chefias dos serviços, conforme o problema, e conversa primeiro com as chefias e depois a gente vai vendo. Se houver a necessidade de chamar alguns funcionários para discutir, desde que não fique uma reunião muito grande – porque, com muitas pessoas, acaba ficando uma reunião improdutiva –, a gente envolve algumas pessoas. Mas sempre procurando ouvir os envolvidos” (T12.4).

“Em geral, a decisão deles é para tratar de rotinas mesmo. Quando tem uma decisão num âmbito maior, a gente sempre discute antes, a gente discute com a divisão ou com a diretoria presente e aí a chefia que leva para os colaboradores” (T12.5).

“Eu procuro utilizar reuniões, a gente tem reuniões quinzenais, e todos os trabalhos que a gente tem em um setor a gente fica discutindo de forma que eles participem de tudo, não fique só uma decisão minha, mas que possam estar colaborando de alguma forma” (T19.1).

“Cada um tem sua função, seu setor, sua unidade e todos respondem por seu trabalho” (T19.2).

“A gente procura a cooperação mútua. Nos plantões há uma que está com dificuldades, a gente atende, não fica esperando de braços cruzados que a outra vá e se arrombe. Está sempre trocando idéias nas reuniões, procuramos saber como está cada setor, como está o andamento dos trabalhos, esta troca, esta possibilidade de estar em reuniões é superinteressante porque é a reunião das pessoas que faz com que haja esta troca e lá fica uma sabendo do trabalho da outra. Qualquer dificuldade que acontece a gente alerta que tem gente que não está colaborando” (T19.3).

FIGURA 90 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 1.

4.4.1.17 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 2

Essa divisão, na época da pesquisa, estava sem chefia, os serviços iam diretamente à diretoria para a solução dos problemas. Independente disso, segundo um chefe de serviço,

quando tem que resolver algum problema, sempre vai direto ao diretor da diretoria ou ao diretor geral. Ele afirmou:

“Muitas vezes eu vou direto ao diretor, porque algumas coisas são relacionadas ao diretor e a gente não pode perder tempo” (T17.1).

A chefia de serviço declarou que dentro desse serviço, especificamente, existem muitos setores com peculiaridades próprias, o que dificulta a administração. Porém, procura sempre envolver todos na tomada de decisão se for assunto coletivo, e quando é específico, somente os que são envolvidos.

A relação da chefia com os funcionários procura sempre ser amistosa, segundo ele,

“[...] é uma relação de amizade em que há respeito. Mas isso permeada de ações conjuntas, de participação conjunta no processo” (T17.2).

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação entre e nos setores

4.4.1 SUBCATEGORIA: o processo participativo nos setores

4.4.1.17 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo na divisão delta 2

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] tem reuniões formais, tem projetos específicos e tem a questão informal que às vezes também funciona” (T17.3).

“[...] tem algumas vezes que você atravessa todo o processo, pela emergência ou pela gravidade que representam algumas decisões” (T17.4).

“[...] nós não temos uma estrutura adequada para o funcionamento do [...]” (T17.5).

“[...] a seção de [...], a gente não tem essa diferença que existe administrativa no papel, ele é o chefe e eu sou o chefe, a gente toma a decisão em conjunto” (T17.6).

“[...] eles [os funcionários pertencentes ao setor] têm toda a autonomia para decidirem trocas, para decidirem acertos, desde que não interfira no processo, em nenhum momento no processo, e desde que obrigatoriamente ou eu, ou [...], o outro chefe saiba o que está acontecendo” (T17.7).

FIGURA 91 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO NA DIVISÃO DELTA 2.

4.4.2 O PROCESSO PARTICIPATIVO “ENTRE” OS SETORES

Essa subcategoria é composta pelas seguintes categorias temáticas: O PROCESSO PARTICIPATIVO “ENTRE” OS SETORES; POR MEIO DE COMISSÕES E/OU GRUPOS

INTERDISCIPLINARES; DIRETAMENTE; POR MEIO DA HIERARQUIA; TRABALHO ISOLADO DAS CATEGORIAS.

4.4.2.1 O PROCESSO PARTICIPATIVO “ENTRE” OS SETORES

A direção geral fica sempre com as portas abertas para receber qualquer pessoa, seja está chefe ou funcionário. Ela também faz reunião semanalmente com as diretorias, na qual se discutem assuntos gerais referentes ao hospital.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores

4.4.2 SUBCATEGORIA: O processo participativo “entre” os setores

4.4.2.1 CATEGORIA TEMÁTICA: O processo participativo “entre” os setores

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a direção geral marcou todas as sextas-feiras à tarde. São reuniões marcadas com datas fixas e outras são marcadas de acordo com as necessidades, sem nenhum cronograma [...]” (E1.1).

“A direção geral tem as reuniões semanais, onde são decididas e transmitidas as decisões [...]” (E1.2).

“[...] existem reuniões, onde o diretor geral convoca todas as chefias do HU, onde são tratados assuntos gerais, diversos, participação de algum assunto novo” (E1.3).

“Normalmente, um assunto fora do normal, ele é levado para a reunião de direção. É por isso que temos reunião toda a semana, então, lá tem todos os diretores, então, todos opinam” (E1.4).

“Procura no trabalho dependendo da atividade [...]” (E5.1).

“Quando há conflito. A gente vai ter que estudar o processo, jamais buscar culpado. Isso é uma questão filosófica minha e eu acho que deve ser de todo mundo. Vamos estudar o processo, ver onde houve o erro, corriji-lo imediatamente e tentar evitar um problema futuro; não buscar culpado, a busca do culpado não soluciona problema, isso é um erro que se faz na administração. A lógica minha, eu acho, de qualquer estrutura deve ser buscar a solução sem necessariamente identificar. Se tu poderes identificar e fazer um trabalho depois individualizado, já distante daquele problema para evitar um segundo, tudo bem. Mas encontrar o culpado não soluciona o problema, não necessariamente, às vezes até sim” (E5.2).

“As coisas são feitas muito no individual e você consegue participar mais ou menos conforme você briga, se mete nas coisas para tentar estar participando de alguma coisa” (T2.1).

“[...] Participa bem pouco das decisões gerais do hospital” (T2.2).

“[...] Depende das decisões de coisas pequenas, de como vão ser feitas as coisas. Normalmente, elas chegam, se tu não concordas, aí tu vais atrás, vai brigar para ver se muda a decisão, Mas não tem nenhum fórum de que a gente participa diretamente, decidindo as coisas gerais da Instituição” (T2.3).

“Cada um decide as suas coisas individualmente e acaba influenciando no trabalho do outro e, às vezes, tu só sabes que foi tomada tal decisão quando aquela decisão gerou uma dificuldade no teu trabalho ou gerou uma outra situação e você se vê dentro. Daí tu descobres que tal decisão foi tomada [...]; tu procuras as pessoas para discutir [...]” (T2.4).

“[...] a gente trabalha muito dessa forma, muitas decisões isoladas, a maioria das decisões é tomada pela categoria” (T2.5).

“[...] às vezes ele pode reunir o pessoal lá no auditório [...]. Tudo depende do assunto. Se vai envolver o hospital como um todo, ele chama as chefias lá no auditório” (T14).

“[...] não tem esse negócio assim de sentar, reanalisar, rever ou eles fazerem um projeto e a gente analisa e implanta dali para frente” (T21).

“[...] ele [diretor geral] respeita as decisões da gente, mas a gente conversa entre si para chegar num consenso” (T24).

FIGURA 92 – Unidades de Registro da Categoria Temática O PROCESSO PARTICIPATIVO “ENTRE” OS SETORES.

4.4.2.2. POR MEIO DE COMISSÕES E/OU GRUPOS INTERDISCIPLINARES

As comissões e os grupos interdisciplinares são meios através dos quais as pessoas se inter-relacionam. Nestes grupos há representantes de vários setores, que trazem os interesses dos seus setores e levam as propostas de volta.

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores
4.4.2 SUBCATEGORIA: O processo participativo “entre” os setores
4.4.2.2 CATEGORIA TEMÁTICA: Por meio de comissões e/ou grupos interdisciplinares

UNIDADES DE REGISTRO:

“Para alguns tipos de serviços existem comissões, principalmente, as que são exigidas por lei [...]” (E1.1).

“[...] a comissão de infecção hospitalar [...] tem a área administrativa, a área de enfermagem, a área médica do hospital” (E1.2).

“As chefias se reúnem semanalmente para discutir algumas questões, mas isso é uma prática isolada da pediatria, de outras áreas não tem. Então, tudo depende muito do envolvimento de cada uma das áreas. Tem áreas em que não existe” (T2).

“[...] tem alguns funcionários que também participam de reuniões e comissões que são mistas, de pessoas que trabalham em vários setores, mas é uma forma de participação em relação a outros setores” (T3).

“[...] comissão [...] cada profissional contribui dentro da sua profissão, sobre aquela situação [...]” (T19).

FIGURA 93 – Unidades de Registro da Categoria Temática POR MEIO DE COMISSÕES E/OU GRUPOS INTERDISCIPLINARES.

4.4.2.3 DIRETAMENTE

O processo participativo entre os setores também pode ocorrer diretamente, sem necessariamente obedecer à hierarquia, dependendo do assunto e da urgência. Porém, alguns gerentes destacaram que isso ocorre somente quando se envolvem assuntos técnicos.

4.4 CATEGORIA: **Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores**

4.4.2 SUBCATEGORIA: **O processo participativo “entre” os setores**

4.4.2.3 CATEGORIA TEMÁTICA: **Diretamente**

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] a gente tem comunicação direta entre os serviços lá em baixo, entre as divisões, mas sempre assuntos que envolvam mudanças de rotinas, essas coisas [...]” (E1.1).

“[...] por exemplo [...], eles precisam da ambulância, eles precisam de um cilindro de oxigênio, faz um contato imediato e são atendidos na hora, faz um contato direto” (E1.2).

“Eu tenho interação com todos os diretores, as pessoas me conhecem, institucionalmente e profissionalmente falando. Na verdade, nós fizemos isso dentro da hierarquia necessária, quando a gente precisa dos serviços de outra área da administração, encaminhamos para a diretoria correspondente. E se for o caso, apreciamos em reunião de direção que ocorre semanalmente” (E2).

“A gente tem uma integração bem boa, principalmente a integração entre as chefias da clínica médica – a médica 1, que é o meu caso, a 2 e a 3 – as chefias de serviços e de divisão, e em relação as chefias de assistências das unidades cirúrgicas, a gente tem uma integração bem boa, a gente volta e meia faz as coisas juntas, cursos a gente faz juntas, eu participo também de comissões – comissões de ética, comissões de curativos, comissões de cateter venoso – então a gente tem um grupo bem bom que está trabalhando sempre de uma forma conjunta” (T3.1).

“[...] alguns funcionários daqui fazem plantões em outros setores, horas extras, troca plantão com funcionários de outros setores, então, essa é uma das formas deles estarem participando” (T3.2).

“Tem os contatos no planejamento [...]. É feito um contato com uma pessoa da enfermagem, com uma pessoa, no caso, da lavanderia, com uma pessoa do raio-x [...]. Para sentar junto e decidir alguma coisa, sempre é chamado uma pessoa, outras chefias, com certeza é a mesma coisa eu” (T24).

“Departamento pessoal [...], a nutrição [...], temos o setor de limpeza, que é um setor bastante complicado [...]. Temos a VSG, que a gente sempre tem contato por causa da manutenção, porque aqui não tem que esperar. Se cair um parafuso, tem que vir, porque pode machucar o dedo de alguém, pode cair um prego, sabe? E não lembro de mais ninguém, como falei com você. A gente entra em contato com todos porque todos trabalham lá dentro, mas na questão de serviço, a lavanderia, que lava todas as nossas roupas, capas de colchonete, tapetes, cortinas, transporte, a gente usa o transporte para deixar o pessoal direto. Enfermagem, não, a gente não tem contato. Até deveria ter porque a gente tem vários programas com relação à saúde da criança, a gente acha que deveria ter um setor específico para onde encaminhar a criança, chegou com conjuntivite, aí leva para a emergência, chegam lá os médicos, não quer dar declaração, é uma coisa meio complicada, mas a gente deveria ter esta relação mais estreita e não tem” (T25).

FIGURA 94 – Unidades de Registro da Categoria Temática DIRETAMENTE.

4.4.2.4 OCORRE POR MEIO DA HIERARQUIA

O processo participativo entre os setores ocorre por meio da hierarquia, através do respeito dos cargos e níveis de decisões existentes.

<p>4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores</p> <p>4.4.2 SUBCATEGORIA: O processo participativo “entre” os setores</p> <p>4.4.2.4 CATEGORIA TEMÁTICA: Ocorre por meio da hierarquia</p>
<p>UNIDADES DE REGISTRO:</p> <p>“[...] alguma mudança, procedimentos de rotinas que são estabelecidas, de norma, eles vão solicitar, eles vão justificar. Passa na divisão, as divisões se manifestam, vem para a diretoria da área, ou a diretoria de administração, ou a diretoria de enfermagem, se a gente tiver condição de resolver, a gente faz, senão, a gente leva para a direção geral para decidir” (E1.1).</p> <p>“Nós repassamos as normas que temos que cumprir, que somos obrigados a cumprir. Daí nós definimos quais os rumos, quais as providências que nós temos que tomar aqui, quais são os interesses do Hospital Universitário que são tirados das reuniões de direção, repassamos para as divisões e as divisões repassam para os serviços. Esse que é o caminho, eles fazem reuniões entre eles para verem qual a melhor forma de realizar isso” (E1.2).</p> <p>“[...] a estrutura hierárquica não facilita para que se tomem decisões conjuntas [...]” (T2).</p> <p>“Mando para a direção, a direção manda para eles, se eles querem alguma alteração, eles escrevem no processo, solicitamos alterar o quantitativo do item tal, de tanto para tanto em função de não sei o quê, não sei o quê [...]” (T14).</p> <p>“[...] o chefe procura o outro [...], tem acontecido assim. E, quando não acontece assim, dá problema. Cada um deve se dirigir ao seu chefe que vai levar a chefia [...], segue a hierarquia” (T20).</p>

FIGURA 95 – Unidades de Registro da Categoria Temática OCORRE POR MEIO DA HIERARQUIA.

4.4.2.5 AS CATEGORIAS TRABALHAM ISOLADAMENTE

De acordo com os gerentes, as categorias trabalham isoladamente, e se relacionam, quando necessário, principalmente em assuntos técnicos. Portanto, o processo participativo entre os setores referente a assuntos administrativos praticamente é inexistente. Esse fato ocorre mais com relação às diretorias, mas mesmo assim, segundo alguns gerentes é bem pouco. Uma chefia informou que

“As relações horizontais entre chefia quase não existem, existe um certo cavalheirismo, e assim, tu ir lá pedir, e ser atendido, na grandiosa maioria dos casos, pode até por ética [...], tu és colega do outro, mas aquela reunião e tu, que a

gente está acostumado fazer em uma empresa, e os chefes todos dão os seus relatórios dos setores, isso não existe” (T23).

4.4 CATEGORIA: Como são os processos de participação “entre” e “nos” setores

4.4.2 SUBCATEGORIA: O processo participativo “entre” os setores

4.4.2.5 CATEGORIA TEMÁTICA: As categorias trabalham isoladamente

UNIDADES DE REGISTRO:

“[...] nós temos quatro diferentes diretorias, e não é uma subordinação, assim..., hierárquica da enfermagem para a medicina, da medicina para a bioquímica, da bioquímica para a farmácia [...]” (E5).

“[...] não existe esta instância que a gente trabalhe em conjunto, que a gente planeje em conjunto” (E3.1).

“[...] cada diretoria trabalha isoladamente” (E3.2).

“A gente não tem nenhum fórum, quero deixar claro que não existe nenhum fórum interdisciplinar para discussão dessas coisas. Mas em algumas áreas tem alguns momentos em que as pessoas se reúnem para estar decidindo isso, por exemplo, eu sou chefe de ambulatório de pediatria e tem a chefia de emergência pediátrica que faz parte da divisão, e a pediatria em si, ela tem um fórum onde se reúnem os médicos, a nutricionista, a assistente social e a enfermagem” (T2.1).

“[...] tem a diretoria de medicina e dali desce tudo até o último, a diretoria de enfermagem também, então são separados [...]” (T2.2).

“Eu acho que tem muito a ver com a forma que o trabalho se estrutura no hospital, então, as coisas acontecem muito mais em função de uma categoria do que em função do todo e do próprio paciente” (T2.3).

“[...] não tem instâncias horizontais. Para decisão existem alguns trabalhos pequenos, ainda como é esse, no caso, que tem a pediatria [...]” (T2.4).

“[...] cada um toma as suas decisões dentro de suas diretorias” (T2.5).

“[...] a enfermagem tem a sua chefia, não é o médico que é sua chefia, aqui no HU [...]” (T4).

“[...] de uma forma vertical não tem como na medicina deter o poder em relação a alguma decisão da enfermagem” (T7.1).

“[...] nós temos é uma linha paralela de decisões” (T7.2).

“[...] as tomadas de decisão são feitas por categorias [...]” (T7.3).

“[...] reunião nunca, só quando tem problemas, daí se reúne” (T13.1).

“[...] cada departamento é bem separado, bem específico, o que se passa lá na obstetria eu não sei” (T13.2).

“[...] a interação lá era muito pouca, claro que eu sou convocado às vezes por ela lá para conversar sobre alguma coisa ligado ao setor lá [...]. Eu apito quando eles me solicitam e demais com relação a meu setor e a eles, que eu sou subordinado a eles, eu tenho uma participação, vamos dizer assim, que não é muito, digo assim, quem não é visto, não é lembrado, entende? Como o meu setor, ele, era um setor que há muito algum tempo atrás dava muito problema, era uma briga danada. E hoje não dá muito problema, então ninguém mais liga para mim, entende? Então, quem não é visto não é lembrado, então eu não vou lá e eles também não vêm aqui, então como está funcionando, quando tudo funciona, agora se já não funciona alguma coisa, vem cá” (T18).

“Existem serviços, cada um dentro de sua área, e as trocas acontecem é de acordo com a necessidade” (T19).

“[...] não é o médico que vai dar as ordens para a enfermagem fazer isso [...], cada um cumpri as suas atividades [...]” (T20).

“Bom, administrativamente a gente não tem uma relação com outros grupos [...], mas a parte prática a gente tem, mas tem mais com a enfermagem” (T21.1).

“[...] o que eu vejo é o seguinte: não tem muito entrosamento administrativo. Às vezes até na execução da coisa consegue-se um relacionamento bom, uma interação, um sinergismo muito bom, principalmente com relação à enfermagem e ao serviço médico e com a nutrição tem um pouco, não é tão intenso. A parte administrativa habitualmente a gente não faz a interação, a gente faz a interação com o chefe e ele é que vai resolver administrativamente o problema, a compra, enfim, sei lá. ‘Ah! Leva esse problema para o administrador que ele é que vai analisar isso aí’. Mas, habitualmente, eles é que acabam resolvendo, é eles que resolvem entre si” (T21.2).

FIGURA 96 – Unidades de Registro da Categoria Temática AS CATEGORIAS TRABALHAM ISOLADAMENTE.

5 SÍNTESE REFLEXIVA SOBRE OS DADOS

Ao analisar os dados, na busca de entender como é a participação nas relações de trabalho dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a pesquisadora pôde perceber uma divergência de idéias.

Compreender a participação neste contexto mostrou-se uma tarefa difícil, pois a participação não faz parte da filosofia³³ do HU/UFSC. Segundo um entrevistado,

“[...] a filosofia não chega a esse detalhe. A filosofia do hospital é atender bem o paciente e usar da assistência ao paciente, assim, como um processo de aplicação no ensino para formar recursos humanos, a filosofia do hospital é isso. A filosofia do hospital não fala do processo gerencial, não tem nada a ver com isso [...] Deve ter algum documento onde está escrita a questão filosófica do hospital. Mas nem nos atemos a isso, porque o nosso cotidiano suplanta qualquer coisa, qualquer pré-conceito, qualquer [...] previamente escrito. Nós temos que trabalhar pela melhor assistência ao paciente possível, disponibilizando o máximo de atendimento possível e fazendo desse processo de atendimento o laboratório de ensino, para formação de recursos humanos de saúde de nossa Universidade. Nossa finalidade é essa” (E5).

Vê-se que para esse entrevistado, a participação é vista principalmente como um processo gerencial, não como um direito em si, inerente ao próprio indivíduo. Realmente, ao averiguar a filosofia do HU/UFSC³⁴, observou-se que a participação não está referenciada explicitamente, assim como também não está presente no regimento interno.³⁵

³³ Entende-se “a filosofia de uma empresa como o conjunto de princípios e forças diretivos, e de atitudes que ajudam a comunicar as metas, os planos e as regras para todos os empregados, e que são reforçadas através de comportamento, consciente e inconsciente, em todos os níveis da organização” (HAYES e WHEELWRIGHT, [199?] apud MÁTTAR NETO, 1997, p. 228).

³⁴ Essa filosofia está referida no tópico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo a definição de Debetir et al. (1991 apud GERGES; PROENÇA; CUNHA, 1995).

³⁵ Manual de normas e regulamentos no qual as atribuições das chefias estão especificadas, bem como os objetivos e a finalidade do HU.

Considerando o argumento de Máttar Neto (1997, p. 229), segundo o qual “a filosofia de uma empresa tem relação direta com sua cultura, e que essa implica seus padrões de comportamento, as idéias centrais transmitidas por suas ações, e o conjunto de seus valores primordiais³⁶” (grifo nosso), pondera-se que a participação existente nas relações dos gerentes, vista de uma forma geral, não é legalmente formalizada pela organização. Na realidade, essa é concebida de maneira diversificada e bastante específica a determinadas categorias, especialidades, grupos e/ou momentos. Isto permitiu a existência de uma miscelânea de formas e métodos de participação, estabelecidos sem critérios legais, o que permite ao mesmo tempo abrir espaço para o surgimento, como para resolução de conflitos. Para entender essas disparidades existentes, fez-se necessário primeiramente compreender as concepções emanadas das chefias sobre a participação.

Partindo desse entendimento, a categoria O SIGNIFICADO DA PARTICIPAÇÃO PARA OS GERENTES serviu como um guia para a pesquisadora orientar-se na hora da reflexão sobre as demais, visto que a partir das concepções dos gerentes foi possível identificar as formas de participação aplicada por eles nos seus setores.

Analisando essas concepções ficou evidente a afirmação de Bordenave (1986) referente ao termo participação. Tal termo corresponde a diferentes conceitos oriundos de diversas interpretações, que estão relacionadas de uma forma e com uma intensidade em cada pessoa. Pode-se observar que a diversidade das percepções reinantes entre os gerentes permitiu à participação oscilar desde um ato de colaboração, até uma forma de ver a vida, uma convicção emanada do próprio indivíduo.

A subcategoria O SIGNIFICADO DA PARTICIPAÇÃO PARA OS GERENTES DO HU/UFSC foi construída a partir das categorias temáticas INTERAGIR, INTEGRAR/

³⁶ Tais valores representam as convicções claras e primordiais da empresa (MÁTTAR NETO, 1997).

PERTENCER, COLABORAR, DECIDIR, TER CONVICÇÃO e SABER OUVIR. Embora a diferença entre elas pareça clara, fica difícil de ser percebida na prática, e muitas vezes confundem-se.

Pode-se apreender nas entrevistas que, muitas vezes, o ato de interação vinha presente com a colaboração. Também no ouvir o outro, a manifestação do interagir fluía, e/ou o colaborar se evidenciava, quando uma pessoa servia para que a outra pudesse expor suas mágoas, ansiedades, expectativas ou até mesmo compartilhar felicidades. Tal fato foi percebido por alguns gerentes, enquanto por outros não. Sendo assim, mais de uma dessas categorias temáticas podem ser vislumbradas simultaneamente e complementarmente nas concepções de alguns gerentes.

Os atos de integrar, de decidir e de ter convicção, embora presentes nas relações de alguns gerentes, algumas vezes apresentaram-se de forma parcial, por buscar interesses de uma pessoa e/ou grupo específico, o que sucinta questionamentos sobre sua efetividade, quando analisados as formas e processos de participação presentes nessa organização.

A integração em alguns momentos pode ser limitada, no sentido de as pessoas se verem integrantes de um grupo e se esquecerem do todo, ou por se sentirem discriminados internamente, como uma entrevistada revelou:

“[...] a gente barra em algum processo [...], as pessoas se adequam [...], se acostumam, vão se ajeitando e no fim..., fica até um pouco discriminada internamente, porque a gente, que não pode transformar os outros, se isola um pouco. Como tu não podes participar do processo, ou fazer com que essas pessoas utilizem a mesma forma de trabalho, então, tu recuas, tu te afastas, tu começa a trabalhar muito internamente. E isso faz com que as pessoas te olhem com outros olhos, como assim: ‘a [...] se acha’, ‘a [...] do HU se acha’. E na verdade, até se acha mesmo, porque assim se isola, começa a fazer uma produção própria, aí na verdade as pessoas começam a ter um pouco de soberba, um pouco de supremacia em relação a isso” (E3).

Sendo assim, quando começa a existir esse tipo de comportamento a participação num âmbito maior fica prejudicada. Pois a conexão de todos grupos existentes no HU não fica completa.³⁷

A capacidade de decisão também se mostra mais efetiva em determinados momentos, e vem permeada pelas relações e estruturas de poder existentes na organização, que se mostraram importantes. Por isso, serão retomadas adiante.

Considerando que participar requer que o indivíduo desenvolva uma ação e que tenha consciência de seus atos, percebe-se que, se esses elementos fossem vislumbrados pelos gerentes de maneira complementar, haveria a possibilidade de uma participação mais efetiva nesse contexto. Mas quando esses elementos são vistos de maneira isolada, a participação acaba sendo limitada, muitas vezes confundida e/ou vislumbrada como sinônimo de colaboração, de integração, de interação. Enfim, é reduzida, o que faz com que não se apresente de forma efetiva.

Serão expostas agora algumas reflexões ao se confrontar a teoria fundamentada nesse trabalho com os achados nas entrevistas sobre AS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO que permeiam o ambiente hospitalar do HU/UFSC.

A categoria temática ENVOLVER-SE DIRETAMENTE NA AÇÃO tenta evidenciar a participação das pessoas na atuação direta das atividades, seja na execução de alguma rotina ou no fornecimento de idéias, sugestões, propostas, e, até mesmo, informações para resoluções dos problemas.

Porém, foi necessário entender essa categoria temática, levando em consideração as concepções dos gerentes sobre a participação, o que possibilitou que a compreensão

³⁷ Na tese de Capella (1996), a dificuldade nas relações de trabalho também foi presenciada. A autora construiu uma proposta para a categoria estudada, que contribuiu para o trabalho dessa categoria. No entanto, observa-se que no todo ainda existe essa dificuldade.

abrangesse duas dimensões. Ou seja, contextualizando-a sob o entendimento de alguns gerentes, que a definem como um ato de colaboração, e/ou interação, e/ou integração com o próximo, sem necessariamente atuar na decisão, e contextualizando-a como essa capacidade e necessidade de atuar, seja influenciando ou determinando as decisões.

A interpretação dos gerentes para os quais o desempenho de atividades, a ajuda ao outro, a presença num grupo já é uma forma de participar, independentemente da atuação nas decisões, é definida por Pateman (1992) – que classifica as formas de participação sob três tipos – como uma **pseudoparticipação**, na qual há apenas a presença de um sentimento de participação, já que as pessoas não têm influência e nem determinação sobre as decisões.

É importante destacar que esse sentimento de estar participando é também assimilado pela própria chefia. Na realidade, ela acredita nisso e imagina que está participando quando o seu superior somente comunica uma decisão a ela, para repassar à sua equipe. E acredita ser o certo tomar a decisão no seu raio de atuação sem a influência ou determinação da sua equipe.

Para outros gerentes, o indivíduo, ao se envolver diretamente na ação, além de interagir, integrar e colaborar, ele também tem que possuir a capacidade de influenciar e/ou determinar as decisões que diz respeito à sua unidade. Nesta contextualização, algumas chefias destacaram que no seu setor as pessoas influenciam nas decisões, mas não determinam a sua adoção. Em contraposição, outros gerentes alegaram que todos têm a capacidade de determinar todas as decisões.

Retomando as experiências por eles relatadas sobre como se pode determinar as decisões, observou-se que em um setor, por exemplo, existe a determinação nas decisões rotineiras por todos, mas não existe nenhuma decisão estratégica no grupo. Já em outros setores, por exemplo, ocorria a determinação de todos os funcionários na tomada de decisões

referentes às tarefas, aos problemas rotineiros. Porém, as decisões estratégicas pertenciam somente à chefia.

Na realidade, antes de se classificar como uma participação parcial ou plena, houve a necessidade de refletir sobre as causas de se tomar tais atitudes. Pelo exposto, pode-se afirmar que estas decorrem novamente da diversidade de concepções por parte das chefias e dos próprios integrantes do setor. Evidenciaram-se, então, três realidades. A primeira é o entendimento da chefia de que, pelo grupo não entender sobre assuntos administrativos, ou por concluir que não lhes interessa, ela deve tomar a decisão por todos. Quanto à segunda, a própria chefia não determina, só influencia tais decisões, cabendo aos seus superiores determiná-las, mas não como algo imposto, pois ela acredita que assim é o certo. E, por fim, a chefia contempla a necessidade de todos decidirem juntos, mas o próprio grupo resiste. Uma das chefias chegou a declarar o seguinte:

“[...] não é que eu tomo a decisão sozinha da coisa, mas não existe interesse, não tem interesse” (T26).

Conclui-se que essas situações são muito complexas, e classifica-las como uma participação plena ou parcial, a partir somente da declaração dos gerentes fica muito superficial, portanto faz-se necessário especificar cada setor individualmente, considerando as percepções de todas as pessoas envolvidas; ou seja, do gerente e também dos próprios componentes do grupo.

Observou-se ainda que essas eventuais tomadas de decisões, destinadas às atividades rotineiras, sejam essas decorrentes das atividades meio ou fim, possibilitaram classificar a presença da **participação sócio-técnica**, denominada por Abrahamson (1977, apud STORCH, 1987 apud GUIMARÃES, 1995), visto que envolve questões mais relacionadas com o nível das atividades rotineiras de cada unidade.

A categoria temática ENVOLVER-SE INDIRETAMENTE NA AÇÃO SEM NECESSARIAMENTE ESTAR PRESENTE também teve que ser considerada sob duas óticas. Alguns gerentes colocaram que os funcionários influenciavam ou determinavam certas decisões através de suas chefias. Neste olhar pode-se classificar a forma de participação dada por Motta (1982 apud ERDMANN, 1998), que seria **através de representantes**.

Já outros gerentes, ao se referir a essa forma indireta, estavam acrescentando o exemplo de vida, o reflexo das atitudes das pessoas em outras. Este caso não foi possível enquadrar em nenhuma forma de participação. Na realidade, entende-se aqui que tal ato está mais relacionado com um fator facilitador, instigador da participação e não como uma de suas formas.

A categoria temática intitulada como PARTICIPAR POR MEIO DO DOMÍNIO remeteu à existência da **participação através do domínio**, estipulada pela Organização Internacional do Trabalho, visto que se refere à ação direta na execução de uma atividade ou sugestão para resolver algum problema envolvido na área de trabalho.

Quanto à categoria temática PARTICIPAÇÃO POR MEIO DE CONSULTA, em virtude dos funcionários influenciarem nas decisões, classificou-se como uma **participação parcial**, de Pateman (1992). Como um gerente afirmou:

“Nas tomadas de decisões sempre há consulta e nunca é uma decisão pura e simples” (E2).

Acredita-se, portanto, que as pessoas influenciam nas decisões, embora em alguns momentos tenha ficado difícil distinguir se realmente os funcionários estão influenciando ou se estão apenas sendo comunicados das decisões. Classifica-se novamente aqui a presença de uma **pseudoparticipação**, como revela a seguinte fala sobre a consulta nas tomadas de decisão da direção:

“Não chega a ser consulta, mas ele comunica também. Ele comunica assim: ‘Oh! Fiz isso, fiz aquilo’” (T26).

Conclui-se que não é possível classificar as formas de participação em nível, pois essas se apresentaram bem específicas e próprias de cada unidade.

Porém, contemplando o HU/UFSC em um âmbito maior e considerando a classificação de IDE (1979 apud GUIMARÃES, 1995), que distingue a participação como *de jure* e *de facto*, bem como as discussões anteriores em que se observou que a participação não foi concebida através de sistemas legais e formais, é possível classificá-la, como **participações voluntárias**, ou seja, as *de facto*.

Retomando que um dos papéis do gerente é permitir o desenvolvimento das pessoas, seja pessoal, profissional, organizacional e social, utilizando a participação como uma fomentadora para alcançar tal objetivo, procurou-se identificar os métodos de que os gerentes do HU lançam mão para que os indivíduos tornem-se mais participativos. Foi possível averiguar os seguintes métodos: INCENTIVAR ATRAVÉS DE REUNIÕES; INCENTIVAR POR CONTATO FORMAL; INCENTIVAR POR CONTATO INFORMAL; VALORIZAR AS PESSOAS, PERMITIR A EXPOSIÇÃO DE IDÉIAS E OPINIÕES; OPORTUNIZAR CURSOS E EVENTOS; DEMONSTRAR RECONHECIMENTO; DAR EXEMPLO.

Observou-se que esses métodos são usados para atingir objetivos diferentes e são aplicados de formas bastante diversificadas. No caso de INCENTIVAR ATRAVÉS DE REUNIÕES, há gerentes que as usam somente como uma alternativa de repassar as informações, ou como um momento de se reunir para tentar resolver problemas que estejam atrapalhando a realização das atividades, ou como um momento, no qual se possa trocar idéias acerca de melhorar o trabalho.

Outros gerentes procuram, além desses objetivos já citados, fazer desse momento uma oportunidade em que as pessoas possam argüir e a partir das discussões possam integrar interesses. A concretização dessa finalidade, porém, é bastante rara, pois às vezes, ela é exclusivamente percebida somente pelo gerente. Em consonância a isso, a efetividade desses momentos fica prejudicada em decorrência da própria resistência do grupo.

Para os gerentes o CONTATO FORMAL e o CONTATO INFORMAL também constituem métodos de incentivar a participação. O primeiro traz uma ordem, e permite organizar as ações do grupo. Nesse método acrescentam-se às reuniões formais. Também é permitido aos funcionários dar sugestões, desde que isso ocorra formalmente, pois os gerentes acreditam que assim podem ser estabelecidas padronizações de atitudes para ficarem uniformes os procedimentos.

O CONTATO INFORMAL é considerado como uma forma mais prática, que possibilita resoluções rápidas dos problemas. Aqui, também podem ser enquadradas as reuniões informais. Pode-se vislumbrar esses métodos em conjunto ou separadamente. E por meio dessa, pode se formalizar uma situação/documento, como revelou a fala seguinte:

“Uma coisa que eu achei importante nestas reuniões que seriam informais é a questão de pedido de licença, ou programação de férias ou participação em eventos. Uma foi fazer o pedido formal, ou seja, daquela conversa informal tivesse um conteúdo ali escrito formalizado, que é o pedido em si dá licença, do afastamento, da participação em eventos e com regras estabelecidas em relação a isso. Então, seria uma forma dele participar. Seria não só neste contato informal, mas ele formalizar isso e está funcionando, está ajudando a facilitar essa gerência [...]” (T9).

OPORTUNIZAR CURSOS E EVENTOS é também um método bastante utilizado. Pode-se perceber que neste método as pessoas podem fazer ou participar de eventos e cursos técnicos ou de relacionamento pessoal. Para alguns gerentes, os cursos técnicos são importantes para desenvolver o conhecimento técnico dos funcionários. De acordo com eles,

quanto mais o funcionário souber, maior será sua participação com o outro. Pode-se perceber novamente a presença fragmentada do conceito de participação. Outros gerentes acreditam que, através dos cursos de relacionamento pessoal, os indivíduos vão ter uma maior interação, como também vão diminuir os conflitos.

Esses cursos podem ser disponibilizados pela própria Instituição ou fornecidos externamente. Neste último caso, as pessoas podem ser liberadas do serviço e/ou receber ajuda de custo para participar. Atualmente essa ajuda financeira está comprometida em decorrência das crises financeiras da Instituição.

Devido às diversas dificuldades que o Hospital enfrenta, decorrentes da própria crise vivida no País, e da forma como se estabeleceu o modelo de saúde vigente, que já foi discutido e que ainda hoje reflete-se na organização, observou-se que alguns fatores identificados pelos gerentes como facilitadores acabam sendo usados como métodos para instigar a participação das pessoas. Os gerentes citaram como métodos as seguintes atitudes: VALORIZAR AS PESSOAS, DEMONSTRAR RECONHECIMENTO; DAR EXEMPLO.

É importante destacar que o reconhecimento e a valorização das pessoas não pode deixar de ser visto como algo que faz parte da própria relação entre elas, como um ato pertinente ao próprio convívio. É necessário tomar cuidado para não torná-lo um instrumento. Uma maior participação que pode se alcançar através dele deve ser sempre entendida como uma consequência e não como essência. Como também o exemplo não pode ser somente vislumbrado como uma maneira de garantir o discurso na prática, e que, por meio de tais atitudes, as pessoas acabarão produzindo mais; muito menos pode ser uma forma de adquirir respeito, como uma fala revelou:

“[...] se tu trabalhares bem, as pessoas te respeitam mais” (T26).

Notou-se que as dificuldades muitas vezes afetam também as próprias chefias, e quando isso ocorre, o processo fica mais difícil, visto que alguns entrevistados alegam que as condições não permitem que se fomente a participação dos funcionários. Essa descrença dos gerentes impossibilita uma maior participação nas unidades por eles gerenciadas, sendo essa presente somente quando há pessoas que estejam conscientes de tal necessidade.

A escolha dos gerentes sobre qual método aplicar no seu setor variou de acordo com as características pessoais e profissionais da chefia e dos integrantes de sua unidade, com as condições estruturais da organização. O que não permitiu definir qual método é mais usado nos níveis. Porém a opção por ele se justificou pela: EXPERÊNCIAS; MANTER O QUE JÁ EXISTIA; PERMITIR MELHOR ORGANIZAÇÃO E MAIS AGILIDADE NO SETOR; ESTAR DE ACORDO COM AS PRÓPRIAS CONVICÇÕES; e, GARANTIR MELHOR ASSISTÊNCIA E CRESCIMENTO A TODOS.

Sendo assim, algumas chefias alegaram que um dos motivos que as levaram a optar pelos seus métodos foi a EXPERIÊNCIA, podendo essa ter sido negativa ou positiva. Uma chefia alegou que usa o método de valorizar e reconhecer as pessoas, dar o exemplo, porque já teve experiência com outros métodos que não deram certo. Eis a afirmação:

“É por causa das várias tentativas que a gente fez de usar outras técnicas de trabalho. Nós fizemos vários cursos em que nos colocaram à disposição algumas técnicas que tentamos e não tivemos o efeito desejado. Delegar funções por meio de reuniões, traçar um plano, um objetivo, um plano de trabalho e esse plano não ser cumprido. E as pessoas, às vezes, não ficam participando ativamente do processo e aí o processo fica muito moroso” (E2).

O que é visto como uma experiência negativa para um foi positiva para outros. Outra chefia declarou o seguinte:

“[...] alguns cursos eu tive oportunidade de fazer de gerenciamento de pessoas, de administração, cursos rápidos, então, todos eles, o que a gente faz, eles têm

comprovado na prática que, realmente, a forma melhor de conduzir um trabalho é com a participação das pessoas, essa é a melhor. Antes eu tinha uma outra metodologia, que era a forma de decidir e aplicar, e a gente viu que o retorno não era tão positivo [...] então assim, foi fruto de cursos e mais experiência prática mesmo do dia-a-dia que me comprovou” (T12).

Outros comentaram que na realidade resolveram manter o método porque ele JÁ EXISTIA. Ao averiguar, pode-se ver que na realidade esse motivo está ligado a outros fatores. Ou seja, o fato das pessoas resistirem às outras formas e métodos de participação. Como declarou uma entrevistada:

“Porque senão eu não consigo adesão nenhuma, de nada, eu não consigo. Reunião mesmo é muito fraca, a participação é muito fraca [...], principalmente lidar com médico é difícil, porque eles têm emprego em outros lugares” (T26).

Há o fato também da própria chefia entender que esse método é o mais adequado. Outros gerentes justificaram o uso do método aplicado no setor por não conhecer outros métodos.

“Porque é o que eu conheço, eu não tenho curso nenhum, acho que é natural” (T20).

Apresenta-se também o fato de as pessoas escolherem os métodos DE ACORDO COM AS PRÓPRIAS CONVICÇÕES. Analisando essa categoria temática, percebe-se que, considerando a grande diversidade de especialistas, profissionais com crenças e culturas próprias sucumbem numa situação tanto quanto indesejável, visto que cada um tem suas convicções, o que pode gerar conflitos, resistências e insatisfações, caso os indivíduos não tenham consciência plena de suas ações, e não saibam argumentar para integrar interesses comuns a todos de forma a possibilitar a convivência em grupo.

“Às vezes tu bater um martelo funciona, mas tu só podes bater o martelo em últimos casos, não adianta perguntar para ela o que ela acha porque vai ter que

ser desta forma [...]. Tem coisa que a gente leva, a comissão discute mesmo e as pessoas tem que confiar nesta discussão” (T25).

PERMITIR MELHOR ORGANIZAÇÃO E MAIS AGILIDADE NO SETOR e/ou GARANTIR MELHOR ASSISTÊNCIA E CRESCIMENTO A TODOS também se apresentaram como motivos. Ao refletir sobre essas categorias percebeu-se que elas podem ser analisadas sob duas bases. Na primeira, o gerente sustenta essa idéia, baseado somente na racionalidade instrumental, vislumbrando maior produtividade. Neste contexto pode se perceber a presença de visões sustentadas em idéias dos teóricos clássicos. Ou então, pode-se ver uma preocupação com o indivíduo, mas para conseguir atingir os resultados almejados, evidenciando a presença das idéias dos teóricos humanistas. Contemplam-se, ainda, alguns métodos, como a ação direta para a resolução dos problemas na medida que vão acontecendo, ou seja “apagando incêndios”, que denotam uma forma de gerir arcaica, baseada na intuição e improviso.

A outra base está sustentada na consideração do indivíduo como um ser biopsicossocial, que, atingido seu desenvolvimento, conseqüentemente proporcionaria uma melhor organização, e agilidade do setor. Isso decorre porque se o indivíduo for considerado de maneira plena, ele vai desenvolver sua razão plenamente, caracterizada pelo desenvolvimento do lado instrumental e substantivo. Porém, essa base ainda não está fortemente presente neste contexto organizacional.

Procurou-se entender também as VANTAGENS que esses métodos trazem. A primeira categoria temática construída refere-se ao fato de ESTAR INFORMADO DE TUDO QUE ACONTECE COM A APROXIMAÇÃO DAS ÁREAS OPERACIONAL E ESTRATÉGICA, o que permite uma maior aproximação das áreas operacional e estratégica. Observou-se neste contexto que as chefias estavam se referindo mais à atuação dos

funcionários como informantes do que ocorre na unidade à qual eles pertencem, podendo influenciar ou até determinar as decisões referentes ao seu setor, divisão ou categoria.

Outra vantagem é SENTIR-SE PARTE DO PROCESSO, MAIS VALORIZADO. Isso está relacionado principalmente com a possibilidade de as pessoas serem mais ativas no grupo, com o direito de emitir opiniões. Observou-se, no entanto, que às vezes essas oportunidades dadas aos funcionários buscam somente um interesse mais, o que Guerreiro Ramos (1981) denominou valor utilitário de consequência. Neste fato, contempla-se um reducionismo sobre a essência de homem. No entanto, outras chefias também acrescentam um valor intrínseco, porém com uma maior valorização ao primeiro.

Os indivíduos tornarem-se CO-RESPONSÁVEIS constitui outra vantagem das pessoas participarem nas decisões, seja ao nível de suas rotinas ou estratégico da unidade, independentemente aqui de isso ocorrer por reuniões, contato formal ou informal. O que merece ser ressaltado dessa categoria temática é que os gerentes percebem que quando as pessoas se tornam co-responsáveis, elas ficam mais contentes, tentam achar soluções para resolver os problemas, criticam menos, enfim, colaboram mais ativamente com a equipe ou unidade. Ainda segundo os gerentes, quando as pessoas participam das decisões tem-se também a vantagem de conseguir ALCANÇAR OS OBJETIVOS E OS RESULTADOS MAIS RAPIDAMENTE.

Encontraram-se ainda nas entrevistas alguns fatores considerados pelos gerentes como FATORES FACILITADORES/ESTIMILANTES DA PARTICIPAÇÃO, que tiveram uma abrangência muito grande. Podem ser baseados em facilidades oferecidas pelos gerentes, sendo portanto específicos da **própria organização de trabalho** da unidade, mas não exclusiva dela, como a informalidade do chefe para tratar dos problemas da unidade; a forma de conduzir as reuniões, sabendo distinguir quais assuntos tratar quando essa é geral ou

específica; a chefia estar presente no dia-a-dia, trabalhando, exercendo as atividades junto com sua equipe; os representantes das unidades darem o retorno sempre que for solicitado algo; a flexibilidade de horário dado pelo gerente a sua equipe; conceder espaço para as pessoas argumentar, opinar, enfim, participar mais ativamente das decisões que as envolvem; a maneira de conduzir o processo ser a mais franca possível; reconhecer a importância e o trabalho das pessoas; e conhecer o trabalho do chefe.

Ainda, destacaram alguns fatores pertinentes ao **próprio indivíduo**, como: ter competência; ter vontade de participar do grupo; ter conhecimento do assunto que está sendo executado ou decidido; sentir-se responsável pela área de atuação; trabalhar num hospital. Esse pode ser um motivo considerado nobre para alguns, em que a pessoa sente a importância de ajudar o outro, ou como uma maneira de obter *status*, de atender a interesses próprios.

Há também alguns fatores **provocados pela chefia**, como: criar um ambiente no trabalho, através da estrutura física, que faça as pessoas sentirem-se como se estivessem em casa; resgatar o interesse pelo que eles fazem.

Além desses, têm-se alguns fatores formalizados pela **estrutura de trabalho da categoria**, como as eleições que permitem a todos escolherem suas chefias e o processo educativo, no qual é trabalhada a capacidade das pessoas, tanto técnica quanto de relacionamento.

Houve ainda uma chefia que considerou as **circunstâncias externas**, principalmente o fantasma do desemprego. Para essa chefia, ter um emprego já incentiva a pessoa a participar. Ao analisar tal fator, ficou evidente uma situação um tanto quanto intrigante, visto que, ao considerar a participação como um sinônimo de colaboração, interação, clarifica tal afirmação o medo de perder o emprego vai realmente refletir numa maior colaboração, o indivíduo vai

fazer o máximo para mantê-lo. Porém, se for vislumbrada a participação num âmbito maior, tal fato não refletirá numa maior ou menor participação.

Tais fatores facilitadores e inibidores podem ser considerados condicionantes da participação, classificados por Mendonça (1987) como fatores psicossociais e relacionados ao tipo de estrutura da organização. Ao confrontar os achados sobre os facilitadores com a teoria, observou-se que os fatores que se caracterizaram como oriundos da organização do trabalho da unidade, da estrutura da categoria, e provocados pela chefia, foram classificados quanto ao TIPO DE ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO. Já os pertinentes ao indivíduo foram classificados como PSICOSSOCIAIS.

Do mesmo modo, foram identificados alguns FATORES QUE INIBEM A PARTICIPAÇÃO. SER CHEFE pode ser cogitado como um fator PSICOSSOCIAL, visto que segundo alguns gerentes isso recai sobre a vivência do indivíduo, que possui valores ainda enraizados pela dominação capitalista, no qual o chefe exercia uma influência negativa.

Já a MOROSIDADE do processo desanima e inibe não só a participação dos funcionários, mas às vezes até da própria chefia. Tal morosidade é dada por falta de verba para comprar ou arrumar algum equipamento, concretizar algum plano, ou planejamento que necessite de dinheiro. Outro fator que possibilita a morosidade seria a própria hierarquia, que demanda muito tempo. Cabe ressaltar que para alguns gerentes, a hierarquia pode ser ou não um fator que atravanca a participação. Para um gerente:

“A hierarquia pode inibir ou não, dependendo da forma como as coisas são conduzidas” (T2).

Algumas chefias chegaram a declarar o seguinte sobre a hierarquia:

“[...] eu não consigo me ver trabalhando sem ter essa hierarquia, não consigo. Eu acho que ela é importante para organizar o serviço e as coisas [...]” (T1).

“[...] é um fator de organização que muito contribui [...]. Não sei como poderia organizar de outra forma, onde o diretor pudesse estar lá e pudesse estar planejando também. Eu não conheço um organograma ou uma forma de organização que pudesse atender esse modelo” (E3).

Uma chefia de serviço de uma outra categoria reafirmou que a hierarquia é necessária, mas chamou atenção para a necessidade dessa ser bem formulada, organizada. Pois se assim não o for, em vez de facilitar, acaba prejudicando o funcionamento. Ele argumentou o seguinte:

“[...] hierarquia é uma coisa que tem que respeitar, na qual você tem que ver. Ela não existe para criar cargos para as pessoas, ela existe para facilitar o funcionamento. O único problema da hierarquia é que nós estamos errados dentro da hierarquia, algumas decisões eu sou obrigada a tomar diretamente com o diretor ou com a diretoria... Então veja: a gente faz um sobrepasso sobre a hierarquia com frequência, então, está errada aí a hierarquia. Não que ela não tenha que existir, mas o fluxograma não está correto [...]” (T17).

Sendo assim, isso é um fato para ser pensado e analisado mais detalhadamente, visto que enquanto para uns facilita, para outros dificulta.

Outro fator que inibe a participação é a FALTA DE RECURSOS, que está relacionado à própria estrutura do Hospital, que se encontra sem dinheiro para investir em equipamentos para melhorar a qualidade dos serviços. As pessoas estão se aposentando, alguns cargos foram extintos e não houve reposição desse pessoal por meio de concurso. Fizeram-se alguns contratos, com empresas terceirizadas ou através da fundação, o que ainda não é suficiente.

“[...] o Hospital, assim, a cada ano que passa vai afundando mais numa crise financeira, porque não existe apoio do MEC, que administra. O MEC acha que é problema do Ministério da Saúde, e o Ministério da Saúde acha que os HU's são problema do MEC, então, ninguém investe nos hospitais universitários, conseqüentemente vai tudo se sucateando, a estrutura física vai se sucateando, o recrutamento de materiais vão se sucateando, vai ficando tudo velho [...]” (E3).

Outro fator próprio de instituições governamentais é o problema da ESTABILIDADE. Ela é vista como uma detentora da participação, pois segundo alguns gerentes, a maioria das pessoas tende a ficar acomodada. Não porque não se possa demitir, mas devido à burocracia que envolve a demora. Como afirmou uma chefia:

“[...] o cara que é estável, então, para ele ser demitido a burocracia é grande. Tem que ser feito processo administrativo, o processo quem vai fazer são os próprios servidores, que analisam os servidores. Então, isso já é um ponto ruim. Quem vai querer se dispor, mesmo que o cara seja culpado? E, às vezes quando o processo é feito todo direitinho, pára mais na frente em outras instâncias [...]” (E1).

Um gerente chegou a declarar o seguinte sobre esse assunto:

“Piora e muito, no Brasil não deveria ter estabilidade” (T13).

Por outro lado, os gerentes acreditam que quando a pessoa sabe que pode ser mandada embora fica a insegurança e essas acabam se esforçando mais. Assim sendo, a instabilidade acaba sendo usada como uma ferramenta comportamental, que induz a trabalhar mais, por conta do medo de perder o emprego. Em contrapartida, quando esse medo não existe acaba surgindo uma FALTA DE COMPROMISSO. Denota-se aqui a presença de um pensamento baseado na racionalidade instrumental e a falta de consciência das pessoas quanto ao que estão fazendo.

A QUESTÃO SALARIAL, tão presente desde as discussões de motivação pelos clássicos, foi vista como um fator importante. No entanto, não é analisada como única e essencial. Ela pode ser superada com os métodos que já foram discutidos. Mas, mesmo assim, os gerentes, frente a esse fator, sentem-se impotentes, já que isso está sob a autonomia do Governo.

Essa questão reflete diretamente no outro fator, que seria as pessoas TEREM MAIS DE UM EMPREGO, visto que para alguns gerentes o fato de o salário estar defasado faz com

que as pessoas necessitem procurar um outro emprego para completar o orçamento familiar.

Segundo uma chefia:

“Porque se pagasse bem... Ninguém vai trabalhar em dois ou três empregos porque quer. Ninguém fica trabalhando seis horas aqui, depois vai para outro lugar mais seis horas e depois a noite toda no outro porque quer. Se ganha bem em um, com certeza fica naquele e depois vai para casa” (T5).

Também existe uma falta de tempo que é decorrente do aumento da complexidade dos serviços; do aumento da demanda; e da deficiência em conseguir atendê-la. Ter mais de um emprego e o aumento da complexidade assistencial exige muito das pessoas e faz com que essas fiquem com FALTA DE TEMPO PARA REFLETIR, já que o despendem na execução do excesso das atividades.

Também há a questão de as PESSOAS SEREM ACOMODADAS, não querem participar. Isso é inerente a elas e dificulta o processo participativo. Na realidade, se for considerado o argumento de Hersey e Blanchard (1986), esse fato emerge da falta de maturidade das pessoas, elas estão passivas, dependentes e subordinadas em decorrência da própria empresa dar um controle mínimo para seus funcionários sobre o seu ambiente de trabalho. Para esses autores, o severo controle sob os subordinados acaba restringindo a iniciativa e a criatividade dos trabalhadores. Porém para algumas chefias isso ocorre devido ao cansaço, como se revelou:

“[...] hoje as pessoas estão muito mais acomodadas, até porque estão mais cansadas” (T5).

Outro fator inerente à vivência das pessoas é elas terem passado por EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS, que acabam sendo refletidas em situações futuras.

Reforça-se aqui o comentário de Bordenave (1986), que coloca o estilo dos gerentes como condicionantes da participação, podendo inibi-la ou viabilizá-la. Neste contexto, o AUTORITARISMO é um fator que dificulta.

Ainda acresce que a FALTA DE RECONHECIMENTO ao trabalho das pessoas e a sua exclusão do processo também são fatores inibidores. Pode ser assim decorrente do estilo de gerência ou da estrutura hierárquica da organização.

A FALTA DE RECURSOS (materiais, humanos) e a QUESTÃO SALARIAL, também são fatores encontrados em outros trabalhos realizados no HU/UFSC, como da autora Matos (2002), que em seu trabalhos os considerou elementos que dificulta o processo de trabalho da categoria que pesquisou. Nos estudos de Capella (1996) o SALÁRIO também foi um dos fatores considerados desestimulantes para a categoria de profissional estudada.

Foram identificadas, além dos fatores inibidores, algumas desvantagens que podem ser atribuídas a mais de um método ou a um, especificamente.

Os métodos a partir dos quais as pessoas podem participar das decisões, darem sugestões, são dificultados porque as pessoas nem sempre ESTÃO PREPARADAS para participar, não sabem argumentar, não sabem aceitar argumentações, e isso traz sérios problemas. Além disso, há o fato de que o PROCESSO torna-se DIFÍCIL E TRABALHOSO, pois exige saber lidar com as diferenças e divergências de opiniões.

De acordo com um gerente, ao trabalhar considerando a participação somente como uma forma de interação, colaboração das pessoas, em que se busca atingir resultados, acaba-se criando um certo distanciamento das pessoas, pela FALTA DE CONVIVÊNCIA COM TODOS, já que as trocas só se realizam quando necessárias. Outro gerente alega que a participação deixa a desejar quanto à formulação de UM PLANO DE AÇÃO.

O método de usar REUNIÕES às vezes tem a desvantagem de essas NÃO SEREM PRODUTIVAS e tornarem-se um lugar de encontro.

Deixar o ESPAÇO ABERTO para todos darem opiniões, sem deixá-lo rígido e sem que haja a necessidade de respeitar a hierarquia traz como consequência o DESPÊNDIO DE TEMPO RESOLVENDO PROBLEMAS DE MENOR IMPORTÂNCIA, e isso acaba afetando os de maior importância.

Observou-se nestas duas categorias, ou seja, o significado da participação para os gerentes e as formas e os condicionantes da participação, a presença do poder implícita e até explicitamente. Sendo assim, fez-se importante entendê-lo para compreender melhor a participação.

Partindo do pressuposto de que em toda relação manifesta-se o poder, e refletindo sobre a sua presença nas relações de trabalho desses gerentes, conclui-se que ele se legitima através: DA ESTRUTURA³⁸ FORMAL; DA ESTRUTURA INFORMAL; e DE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS.

A subcategoria LEGITIMAÇÃO DO PODER ATRAVÉS DA ESTRUTURA FORMAL construiu-se por meio de COMISSÕES; DECISÕES; ESTRUTURA HIERÁRQUICA; REPRESENTANTE; e REGRAS. Pode-se perceber que essas categorias temáticas estão correlacionadas. As comissões, os representantes, os limites das decisões e a

³⁸ Para Oliveira (1997, p.79) “a estrutura organizacional é o conjunto ordenado de responsabilidades, autoridades, comunicações e decisões das unidades organizacionais de uma empresa”. Para o autor existem dois tipos de estruturas: a formal e a informal. A primeira é “aquela deliberadamente planejada e formalmente representada, em alguns de seus aspectos, pelo organograma, enquanto que estrutura informal é a rede de relações sociais e pessoas que não é estabelecida ou requerida pela estrutura formal. Surge da interação social das pessoas, o que significa que se desenvolve espontaneamente quando as pessoas se reúnem entre si. Portanto, apresenta relações que usualmente não aparecem no organograma”. (Idem, p. 76)

formação da estrutura hierárquica, na realidade, são todos estipulados por regras/normas através das quais se legitima o poder.

Portanto, as regras/normas norteiam a estrutura formal estabelecendo os parâmetros do poder, influenciando nas relações de trabalhos dos gerentes. Discutir as origens, as formas como se desenvolveram essas normas, acabaria na fuga do objetivo proposto neste estudo. Porém, cabe fazer algumas observações e reflexões sobre tais normas. Retomando o que foi averiguado na fundamentação teórica, as políticas do sistema de saúde do Brasil foram feitas de maneira focalizada, improvisada, atendendo a interesses de grupos específicos, assim como também ocorreu com a forma como foi constituído o Hospital. Observa-se que isso refletiu significativamente na sua estrutura formal, como também informal.

Considera-se que as normas neste contexto buscaram mais ações instrumentais, ou seja, estabeleceram-se seus critérios que tinham mais a intenção de ser eficazes do que justos. Crê-se, então, que tanto o Estado como as organizações se baseavam no uso do poder-sobre apregoado por Follett (1997), inicialmente pela dominação e mais tarde representado pela conciliação. O Hospital Universitário não se diferencia muito dessa realidade. Nele averiguou-se a existência do poder por meio da dominação e da conciliação. A dominação pode ser contemplada no dia-a-dia de algumas chefias que a vêem como algo necessário e natural, uma delas revelou sua imposição em uma de suas falas:

“[...] o que eu escalo está resolvido, e é uma maneira bem democrática, né?” (T13).

Enquanto que, para outro gerente, há um trabalho em equipe.

“[...] no nosso grupo todas colaboram de forma igual” (T19).

Há de se levar em consideração novamente as divergências de concepções oriundas dos gerentes, causando essa disparidade de idéias.

Quanto às comissões permanentes e às temporárias, as primeiras estão apresentadas no organograma da Instituição e têm o poder limitado pelo regimento interno, que atribui suas ações que envolvem o poder de estabelecer, elaborar, estudar, relacionar, divulgar, recomendar, avaliar, assessorar e fiscalizar. Sendo somente dada a CCIHH a poder de implantá-los. Já as temporárias aparecem de acordo com as necessidades e seu poder está limitado, também considerando essas:

“[...] tem um conflito, eu monto uma comissão, eu transferi, deleguei à comissão poder de decisão” (E5).

Como outro exemplo, pode-se colocar o comentário de uma chefia que declarou o seguinte sobre a comissão de educação e serviço:

“[...] ela tem o poder de decisão dentro do seu limite” (E3).

Também há os representantes dos setores que adquirem poder através da ocupação dos cargos, que têm suas atribuições regidas pelo regimento interno do Hospital, no qual se estabelecem os limites das decisões de cada cargo e demonstra-se o funcionamento da sua estrutura hierárquica. Uma chefia disse o seguinte:

“[...] os nossos cargos respondem a um regimento escrito [...]” (T5).

Reforça-se aqui a afirmação de Bordenave (1986), quanto à necessidade de uma organização grande e complexa ter mecanismos de delegação e representação, devido à dificuldade de todos os membros participarem nas decisões.

Considerando também a afirmação de Cerqueira (1996), que o hospital universitário tem dois momentos: um de escola e outro de hospital, pode-se perceber que o HU/UFSC, também tem que cumprir as normas vindas do Ministério da Educação. Estando submetido

aos benefícios e às dificuldades impostas por tal condição, é afetada diretamente a administração dessa Instituição. Um entrevistado comentou que

“[...] é difícil você administrar uma coisa que vem imposta, vem limitada. Você não tem condições de procurar outras alternativas, porque essa é a política [...]” (E1).

“[...] a estrutura social até do País influencia [...]. A gente não é desligado do mundo aí fora (T5).

Observou-se ainda que o poder legitimado através da estrutura formal está ligado não apenas às normas estipuladas pelo Ministério da Saúde, também segue a estrutura hierarquizada da Universidade, pois, como já foi observado, ele está vinculado à Reitoria da UFSC. Como uma gerente disse,

“[...] a estrutura da universidade, ela, engessa um pouco a nossa autonomia participativa” (E3).

As outras decisões em que o hospital tem autonomia geralmente são tomadas para atender ao interesse de grupo. Pode-se notar que na realidade da Instituição, o poder legitimado pela estrutura formal é um poder-sobre e permite o surgimento de resistências e influências, que, às vezes, até determinam as desvantagens e fatores inibitórios já discutidos. Portanto, averigua-se nesta disparidade de normas, de resistências e de conflitos, a criação de outras formas de exercitar o poder.

Tal situação dá a abertura para as categorias temáticas: PROFESSORES; DIVERGÊNCIA ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM; PODER SUTIL; MÉDICO COMO FIGURA MAIS IMPORTANTE; e RESISTÊNCIA, que foram entendidas como pertencentes às estruturas informais pelas quais o poder também se legitima. E assim como nas estruturas formais, essas também estão correlacionadas.

Os professores, embora não sejam estabelecidos no organograma do HU, possuem o poder determinado pelo saber:

“[...] poder em termo hierárquico não, o que tem é poder do saber” (E3).

“Os professores têm poder de decisão naquelas ações onde eles são os determinantes” (E5).

“Eles [professores] vêm para dar aulas, essas coisas. Mas eles têm uma reunião de visita à enfermaria, às terças-feiras que agora foi mais democratizada, porque eles tinham um autoritarismo maior [...]. Porque a pessoa que está no serviço é o pessoal que trabalha de manhã e à tarde e de noite, então eles sabem o que acontece. O professor vem e sai, vem e sai, vem as férias do professor, então, eles têm que ser um grupo que venha contribuir, dar ensinamento [...]. Eles têm poder porque são responsáveis [...]” (T15).

Na realidade, eles estão representados pelos seus departamentos, mas nas relações pessoais, informais, possuem poder nas áreas de sua atuação, de acordo com os conhecimentos que possuem. No entanto, cabe lembrar que esse poder varia muito de área. As pessoas entendem que esse é o caminho certo e acreditam que o departamento, os professores deveriam ter mais poder. Como relata uma chefia:

“[...] nós deveríamos ter uma participação maior, deveríamos ser consultados, deveríamos ser ouvidos no processo administrativo. A chefe de departamento é a responsável por todos os professores da clínica médica, da clínica cirúrgica, deveria ter uma interação direta, de maneira que exerça o controle sobre isso, de como vai ser, de como não vai ser, de como deve ser [...]” (T21).

Porém há áreas em que essa presença não se mostra importante, visto que não existem professores ou que os departamentos estão fora do hospital.

Observou-se também que existe uma procura por um maior poder entre as categorias de medicina e de enfermagem, o que causa entre elas divergências. Isso pode se vincular à própria forma como foi constituído o hospital. Essa divergência se caracteriza pela busca de maior espaço. Com os outros profissionais, esse ato não foi contemplado. No entanto, isso ocorre por essas novas profissões terem sido acrescentadas no âmbito hospitalar mais recentemente. Apesar disso, já há alguns profissionais que estão nutrindo tal desejo:

“[...] todo mundo quer o seu poder, cada um quer o seu espaço, e nós somos profissionais [...], e também queremos o nosso, então nós também somos um ‘poder’” (T17).

Mesmo assim, algumas chefias acreditam que no início do hospital esse conflito era mais agravante e que atualmente está mais calmo. Um gerente disse o seguinte sobre a atual situação vivenciada:

“Cada um quer teu espaço, já teve pior, no começo do hospital era uma briga de foice. Isso daqui era um terror” (T26).

Pode-se pensar essa situação como um reflexo de quando o hospital passou a ter uma relação com a medicina e com os médicos, sendo dado a estes, ao assumir a direção, o poder legitimado pelo seu conhecimento clínico. Mas a estrutura formal do HU não tem uma categoria sobreposta às outras, ou seja, no organograma, as quatro categorias descem paralelamente, não tendo diferença entre elas, em relação aos poderes instituídos pelo regimento interno. Isso acaba gerando a divergência, ganhando a enfermagem mais força para reivindicar maior espaço e poder, confrontando assim com o conceito de alguns médicos que acreditam que eles devem ter esse poder. Uma chefia disse:

“[...] nós não temos nenhuma ingerência sobre a enfermagem, nós não temos, porque aqui no hospital quando fizeram o planejamento colocaram o médico e a enfermeira do lado, no mesmo plano, então, nós não temos, só o diretor de cima” (T13.1).

“[...] eu não posso dizer ‘faça’, porque a coisa complica [...]. Quem tem que dizer faça é o diretor. Para ser eleito precisa do voto dela, então, às vezes tem que ser um, às vezes tem que ser outro, mas isso não funciona. Não é assim, a divisão médica é, a enfermagem obedece a gente, isso tem que ser e aqui não. Aqui não, com a [...] aqui não tem problema nenhum. Aqui a interação é muito boa [...]. Aqui é o lugar que mais funciona” (T13.2).

Nestas entrevistas observou-se que embora exista essa discrepância entre as duas categorias, nos setores em que existe uma certa “aceitação” do poder do médico, uma

resistência menor, há menos conflitos. Percebe-se então que o poder legitima-se também pela figura do médico na estrutura informal. Uma chefia fez a seguinte observação, quanto a isso:

“[...] existe uma hegemonia médica, existe o corpo médico que é muito forte [...]. A gente já não compete no mesmo nível de poder, é diferente. Então, com isso a gente perde um pouco de espaço de participação efetiva, o médico predomina bastante [...], tem a força do ensino e tem a força como servidor” (E3).

Há pessoas que aceitam essa situação e até consideram-na como normal, acreditando haver uma diferença quanto à importância da categoria médica e da enfermagem em relação às outras:

“[...] existe uma pequena diferença da importância aí, no meu entendimento, para o médico e para o enfermeiro. Porque eles que são a ligação direta com essa manutenção da saúde da população. Você vai chegar no final dessa discussão que eu estou propondo, é que todos no final têm uma importância [...], enfim de todos se precisa, mas você não consegue montar a estrutura sem um desses elementos. Que tem ainda hierarquicamente uma diferença tem, e às vezes ela se mostra mais expressiva em uma área do que em outra. Existe, claro, arrogância... No hospital existem pessoas assim. Agora, como eu disse, se a gente analisar com a razão você vai perceber tanto na área da saúde como na área da educação, os profissionais mais diretos, de mais responsabilidade são o médico e o professor respectivamente” (T11).

Quando há essa aceitação natural, o poder pode se mostrar mais visível. No entanto, há algumas pessoas que resistem a qualquer posição de superioridade, frente não somente a hegemonia médica, mas a qualquer tipo de imposição e autoritarismo, Follett (1997) já afirmava que as pessoas desejam governar a própria vida, isso abre espaço para conflitos. Uma chefia revelou o seguinte:

“[...] o meu eu é muito forte aqui dentro, o meu eu pessoal, eu pensar em mim, eu obter maior satisfação para mim. E tu vêes que os excelentes funcionários [...] são aqueles que estão pensando do serviço [...]” (T23).

Por isso, foi possível também vislumbrar nesta estrutura informal a presença de um poder em que as pessoas agem de maneira sutil, tentando impor sua vontade sem que as

peessoas percebam, ou de uma forma em que elas se sintam na obrigação de contribuir, de fazer o que se pediu, como por exemplo, a troca. Um entrevistado deu o seguinte exemplo:

“[...] por exemplo, quando tem um atestado é fácil de eu cobrir, porque eles sabem que quando eles precisarem, vamos supor, de uma folga, eu vou tentar fazer das tripas coração para conseguir liberá-los naquele dia. Então, eu acho que é um mecanismo de “dando que se recebe”, tanto para mim quanto para eles [...]” (T7).

Outra maneira de o poder se legitimar é através das características pessoais. Esta subcategoria foi constituída com: O PODER PESSOAL; NÃO SER O DONO DA VERDADE; e DIVERSIDADE DE PESSOAS.

O PODER PESSOAL de um indivíduo acaba por influenciar um grupo, como foi percebido em algumas falas:

“Tem pessoas que têm o poder de conduzir [...]” (T4).

“[...] tem uma questão pessoal que eu acho que acaba interferindo bastante. Porque eu trabalhei em vários outros setores, e tenho um conhecimento do departamento de enfermagem, dou aula para o departamento de enfermagem. Então, têm algumas pessoas, algumas chefias que consideram isso e consideram que a gente tem um determinado conhecimento, um conhecimento específico sobre determinados assuntos. E quando se leva alguma coisa relacionada a esses assuntos que você tem mais conhecimento pra uma pessoa que considera e valoriza isso [...], ela leva para frente, ela considera essas informações, ela procura levar, dar importância para essas solicitações inclusive. Mas, dependendo da chefia, a gente não tem essa colaboração, eu não tenho visto essa colaboração” (T3).

O fato de as chefias não se verem como donas da verdade também se caracteriza como uma forma sutil de poder, pois as pessoas acabam sendo cativadas, revela-se um poder através da conciliação. Dá mesma forma se manifesta quando se tem consciência de que existe uma diversidade de pessoas e que há necessidade de buscar respeitar a todos e atender às necessidades na medida do possível.

Um entrevistado revelou a resistência das pessoas quando impostas e a aceitação quando essas não percebem essa imposição e acreditam ter o domínio da própria situação que vivenciam:

“Quando tu fazes uma escala e não pergunta nada, eles se sentem um brinquedo. E quando tu chegas com eles e pergunta se eles podem fazer, eles se sentem donos da própria situação” (T1).

Na realidade, observam-se essas atitudes tidas como um ato sutil de poder como uma defesa por medo de perder espaço, perder poder, como foi declarado por uma chefia:

“[...] existe uma resistência muito grande na mudança do organograma, também que ninguém quer perder o seu espaço” (T2).

A partir dessas condições pelas quais o poder se legitima no âmbito hospitalar, pode-se dizer que ele é imposto para manter o controle. O que limita a participação efetiva das pessoas neste contexto, pois para que isso ocorra há necessidade de o poder ser vislumbrado como a capacidade das pessoas agirem, unirem-se e atuarem em concordância e isso não pode ser contemplado. Porém, pode ser percebido que alguns gerentes tentam fazer isso, mas acabam utilizando o poder através da conciliação e não na formação de uma vontade comum, numa comunicação orientada para o entendimento recíproco o qual Habermas (1980) defende.

Considerando as discussões levantadas a cerca das concepções que os gerentes do HU/UFSC possuem e do entendimento das formas e os condicionantes da participação e a manifestação do poder em suas relações de trabalho, torna-se possível fazer agora uma síntese reflexiva sobre OS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO “NOS” E “ENTRE” OS SETORES.

Observou-se que os processos participativos nos setores são permeados por peculiaridades essenciais à própria maneira de ser da unidade, que se fundamenta nas

características pessoais e profissionais de cada um. Há indivíduos que buscam desenvolver sua capacidade de argüir e de se relacionar com o outro, enquanto outros, não.

As características das pessoas, determinadas pela personalidade de cada um, permitiram uma variedade de formas de participação evidenciadas aqui como reflexo da concepção de participação dos gerentes, como também das próprias pessoas que compõem a unidade.

As diretorias se diferenciam muito umas das outras, quanto ao próprio objetivo do serviço. Entre elas se distingue que duas das quatro diretorias são ligadas principalmente à assistência e, por isso, vislumbram mais a participação nestas áreas voltadas ao atendimento do paciente. Em contrapartida, as outras duas são voltadas à administração do hospital.

Pode-se notar que a diretoria alfa trabalha de maneira bastante aberta, utilizando o método de reunião como forma de repasse de informação e discussão de assuntos específicos. Pode caracterizar neste contexto que há uma participação parcial, visto que as divisões que a compõem determinam as decisões que são de sua área e influenciam quando essas referem-se as outras.

Ao focar cada divisão separadamente, pode-se observar também a mesma situação da diretoria, pois os serviços também possuem particularidades e nem sempre todos são envolvidos nas decisões. Sendo assim, o processo participativo restringe-se mais à colaboração, interação para fazer as atividades dos setores, com tomadas de decisão nos assuntos específicos das unidades em que faz parte. Considerando, no entanto, somente esses assuntos e as unidades isoladamente, pode-se dizer que a maioria das divisões tem a participação plena, como também a participação através do domínio, a participação por meio de representantes, a participação através da consulta.

A chefia da divisão alfa 1 possui uma concepção de participação um pouco mais abrangente que a de uma das chefias de serviço que compõe essa divisão. No entanto, pode-se perceber que isso não tem influência direta no serviço, já que a divisão procura deixar que cada chefia de serviço trabalhe da forma que lhe convém, da maneira que acreditar ser mais correta, mais adequada.

A chefia de serviço entrevistada que compõe essa divisão possui um processo participativo mais voltado para a parte técnica. Nesse serviço específico, pode-se vislumbrar uma pseudoparticipação, as reuniões são para repassar informações e dizer novos procedimentos. O poder é manifestado através da estrutura formal, na qual se acredita que o chefe tem domínio sobre o subordinado, embora apresentado de maneira sutil.

Já a divisão alfa 1 trabalha com uma participação parcial. Procura sempre permitir que as pessoas influenciem na tomada de decisão.

A divisão alfa 2 também possui um sistema de trabalho semelhante ao da alfa 1, pois embora a chefia da divisão possua uma concepção mais abrangente do termo participação, pode-se notar que a chefia de serviço tem concepção diferenciada e o processo participativo das unidades que a compõe é diferente. A chefia de divisão permite e deixa livre a forma de trabalho de cada serviço. Uma das chefias de serviço dessa divisão acredita serem desnecessárias as reuniões, prefere a informalidade e o contato direto. Aqui também se manifesta um poder-sobre, que objetiva a conciliação.

A divisão alfa 3 também possui características semelhantes a outras duas divisões e como tal deixa que sua chefia de serviço trabalhe da maneira que acha mais adequada. O serviço que compõe essa divisão está inadequadamente nesta divisão, percebeu-se que essa não há como se adequar às reuniões da divisão, devido à disparidade de objetivos da unidade. Aqui se observa o poder legitimado pela estrutura formal, em que o serviço, embora tenha de

ser tratado com a diretoria alfa, sempre busca primeiro o gerente ao qual está subordinada a sua unidade.

A diretoria beta busca trabalhar com a gestão participativa, envolvendo todos os funcionários na tomada de decisão. Para que isso ocorra, trabalham utilizando minutas, na qual informam, colhem opiniões e sugestões dos funcionários pertencentes a essa diretoria. Devido a esse grupo ser muito grande, ele se sustenta na hierarquia para repassar e facilitar a comunicação, na qual as chefias são apenas representantes dos grupos existentes. Embora na estrutura formal exista somente chefia de diretoria, divisão, serviço e seção, nos serviços dessa diretoria existem ainda as denominadas chefias de turno, que tem a função de dar suporte para as chefias de serviço.

Observa-se também que a diretoria trabalha em conjunto com as divisões. Porém, em decorrência de possuir divisões e serviços com particularidades, cada divisão trabalha em consonância com as suas peculiaridades, assim como os serviços. Mas, de maneira geral, o processo participativo dentro das quatro divisões desta diretoria procuram manter a mesma lógica, apesar de ser observados nesta diferentes conceitos quanto ao termo participação, como também aos seus métodos e suas formas.

Na divisão beta 1 utilizam-se os métodos de reunião, contato formal, contato informal. A chefia dessa divisão acredita que para haver a participação no setor há necessidade de as pessoas sentirem-se parte integrante, precisam decidir junto e ainda tem que ver a participação como uma convicção. A participação nessa divisão pode ser caracterizada como plena, visto que procura fazer com que todos determinem as decisões. Porém, num âmbito maior, às vezes isso não é possível, devido à própria estrutura hospitalar. Ela observa uma briga por espaço, e um poder legitimado pela estrutura formal e informal. No entanto, a chefia de serviço

pertencente a essa divisão discorda dessa posição e acredita ter uma harmonia com todos, sem briga e sem poder.

Apesar dessa discordância, observou-se que nesse serviço há uma forma de trabalho semelhante a divisão e que ambas possuem um contato muito freqüente, o que permite sempre estar interagindo. No entanto, dentro desse serviço, notou-se uma presença forte da participação por meio do domínio, em que a chefia procura trabalhar cada situação separadamente.

Na divisão beta 2, a integração dos serviços exige que a divisão trabalhe de maneira distinta de acordo com cada chefia de serviço, o que dificulta o processo e causa um certo descontentamento, visto que a chefia de serviço entrevistada dessa unidade revelou não ser consultada por sua chefia de divisão. Porém, ao tentar entender tal fato, pode-se notar que essa divisão não tem um plano de ação e trabalha atendendo às necessidades das equipes, conforme vão surgindo. Em relação a essa divisão, de maneira geral, não foi possível definir qual tipo de participação evidencia-se.

Nesse serviço específico, observou-se uma participação plena, já que a chefia de serviço alegou que todos seus funcionários determinam nas suas decisões, sejam rotineiras ou estratégicas.

A divisão beta 3, por sua vez, embora tenha uma harmonia grande com os serviços que a compõem, também procura trabalhar de acordo com cada serviço, alegando a particularidade de cada um. O serviço analisado procura desenvolver uma participação plena, na qual todos os componentes do grupo determinam as suas decisões. Observou-se também a presença da participação por meio de representantes, devido ao seu tamanho, e aos vários turnos que tem.

A chefia da divisão beta 4 também alegou ter certas particularidades dos serviços que fazem com que se necessite trabalhar de forma distinta com cada um. Observou-se ainda que nesta divisão o poder manifesta-se através da conciliação, o que permite fluir o descontentamento por parte de algumas pessoas. O serviço também trabalha da mesma maneira. No entanto, notou-se que ambas as chefias procuram ter uma participação plena nas tomadas de decisão, visto que ambas alegam que todos os funcionários determinam as suas decisões.

Na diretoria gama o processo participativo é mais complexo, visto que possui diferentes especialidades nas quatro divisões que a compõem. Nota-se também que essas especialidades possuem uma diversidade de conceitos. Essa diretoria despende muito do seu tempo resolvendo problemas corriqueiros que poderiam ser resolvidos nas divisões ou nos serviços, mas, pelas características de algumas pessoas, essa hierarquia é ultrapassada.

A diretoria, no entanto, não toma nenhuma atitude, embora esta esteja consciente do que acontece. Ela procura atender a todos da maneira que cada um acha certo, esse fato provoca alguns descontentamentos. Seu contato com as divisões acontece quando necessário, não fazendo, portanto, nenhum tipo de planejamento. Na realidade pode-se perceber aqui a presença da participação através do domínio e principalmente a participação sócio-técnica.

A chefia da divisão gama 1, tem uma certa dificuldade quanto à participação, pois embora essa consiga vislumbrar a sua necessidade, os seus integrantes possuem uma certa resistência para discutir os assuntos de ordem administrativa, e não gostam de se reunir para resolver os problemas. Frente a essa dificuldade, o processo participativo dá-se mais em níveis técnicos e científicos, ou seja, para resolver assunto ligado à assistência, percebendo-se também uma participação sócio-técnica.

A própria chefia de serviço admitiu ultrapassar a divisão para resolver os seus problemas com a diretoria gama. E da mesma forma acontece com seus funcionários, eles vão direto à diretoria para tratar de seus assuntos.

Observa-se nessa divisão uma dificuldade para a efetivação de uma participação plena, aqui se evidenciam características pessoais fortes que determinam um poder-sobre. Porém, essa atitude é bem aceita e entendida como necessária e normal para o funcionamento do sistema.

Já na divisão gama 2 a chefia só se reúne para tratar de assuntos técnicos, e acredita que os de ordem administrativa devem ser resolvidos pelo diretor. O processo participativo é entendido como necessário para assuntos ligado à assistência, o que denota principalmente a presença da participação sócio-técnica e a participação através do domínio. A chefia tem a mesma forma de pensamento e trabalha igual à divisão. Ambas não têm nenhum tipo de participação frente às decisões administrativas, e acreditam que assim é o certo.

A divisão gama 3 trabalha de maneira totalmente diferente das duas anteriores. Aqui se pode perceber uma tentativa de envolver todos os seus integrantes nas suas tomadas de decisões. Porém, se observou que inicialmente houve uma certa resistência e que agora as pessoas estão aprendendo a ser mais participativas. A divisão tenta no seu interior permitir uma participação plena, mas, quando os problemas ultrapassam seus limites, tem-se uma certa dificuldade. A chefia de serviço também procura seguir a mesma linha de trabalho. De acordo com ambas as chefias entrevistadas, esse processo está dando certo, devido às características próprias dessa especialidade.

Igualmente, a chefia da divisão gama 4 tenta trabalhar com uma participação mais efetiva, porém diferente da gama 3. Essa enfrenta certas resistências, devido à própria forma de pensamento do grupo, o que dificulta o processo participativo desse setor. Segundo a

chefia, nesse ínterim só pode haver uma participação mais efetiva quando o assunto tratado é de ordem técnica, ou seja, quando envolve as atividades dos membros. Quando se contemplam assuntos administrativos, as pessoas têm uma certa dificuldade e resistência. Há aqui uma forte participação sócio-técnica.

Também nessa divisão pode-se contemplar um poder baseado na estrutura informal bastante forte. Tanto a chefia da divisão como a do serviço trabalham de maneira sutil para ultrapassar essas barreiras.

A diretoria delta, diferentemente da gama, trabalha de uma forma bastante solta e informal, ou seja, as duas divisões que a compõem têm total liberdade para trabalhar a forma que lhe convier. A dificuldade dessas divisões também se remete ao fato de ter várias especialidades diferentes dentro de uma mesma divisão.

A divisão delta 1 enfrenta essa problemática e tenta trabalhar de acordo com as peculiaridades de cada unidade e de acordo com o entendimento de cada chefia. Na chefia de serviço entrevistada, observou-se uma participação plena de todas as componentes. Observou-se uma troca de informações frente ao trabalho de cada uma, apesar desses serem bastante diferentes.

Nesse serviço também se encontrou uma participação por consulta e por domínio. O poder aqui contemplado busca a conciliação de todos, não havendo grandes problemas. Na realidade, esses se apresentam mais quando envolvem outros profissionais não pertencentes à unidade.

A divisão delta 2 não tinha uma chefia no momento do estudo. Assim sendo, os serviços dessa divisão estavam sob a direção direta do diretor da diretoria delta. Porém, apesar disso, observou-se que essa não tem muita falta para o serviço que se analisou. Segundo a chefia desse serviço, os problemas são todos tratados diretamente com o diretor da diretoria

ou com o diretor geral, visto que se acredita estar mal localizado na estrutura do Hospital, e essa posição até atrapalha o processo participativo no serviço.

Essa chefia também afirmou ser composta de vários setores menores, que não estão vislumbrados no organograma do Hospital e isso dificulta o processo participativo. Segundo ela, a participação é específica de cada setor, já que são bem diferentes. Assim sendo, caracterizou-se neste serviço a presença da participação sócio-técnica e da participação através do domínio. Observou-se também a presença da participação parcial.

O processo de participação entre os setores das diferentes diretorias não se apresenta de maneira efetiva. Na realidade, pode-se averiguar que essa participação atende às situações e momentos específicos e se concretizam através de comissões e/ou grupos interdisciplinares; diretamente; através da hierarquia. Essa participação entre os setores por meio das comissões e/ou grupos interdisciplinares, na realidade, atende a assuntos específicos, e tem alguns entraves devido às características das próprias pessoas, em que se observa uma resistência natural por parte de algumas pessoas para trabalhar inter e multidisciplinarmente, como uma chefia alegou:

“[...] é difícil fazer as pessoas trabalhar de maneira [...] interdisciplinar e multidisciplinar” (T26).

Sendo assim, esse processo também se sustenta nos contatos diretos entre os interessados. Mais uma vez acresce aqui que esse contato surge somente quando uma pessoa precisa tratar de algum assunto urgente, pois seguir a hierarquia demandaria muito tempo.

“[...] no gerenciamento é uma coisa, na prática é outra, na prática as coisas são bem informais. No papel é um pouco mais hierarquizado assim, existe mais essa burocracia, mas a gente se dá bem com todo mundo” (T26).

Observa-se aqui uma certa flexibilidade na burocracia do hospital e uma certa camaradagem para atender o outro. Fato esse que pode ser visto de maneira positiva, mas também pode ser uma fomentadora de conflitos quando as chefias sentem que seu poder foi ultrajado.

Esse processo participativo ocorre também seguindo a hierarquia, mas isso somente quando uma pessoa necessita da outra para resolver seus problemas, ou quando uma categoria tomou alguma decisão que prejudicou a outra. Percebeu-se que, na maioria das vezes, essa participação é baseada no domínio. Seguir essa hierarquia pode trazer também descontentamento por algumas pessoas, devido ao excesso de burocracia e morosidade do sistema, ou por essas se sentirem mal localizadas nessa hierarquia.

As quatro categorias trabalham principalmente de maneira isolada, o que prejudica o processo participativo de uma maneira geral. Esse isolamento por vezes sustenta-se na disparidade de idéias, conceitos, forma de trabalho, que cada um entende como certo. Como também pode ser justificada pela falta de conhecimentos desses gerentes. Uma chefia chegou a informar que essa falta de conexão, de inter-relação entre as categorias é dada à:

“[...] forma doméstica de gerenciar, que, às vezes, esquece, não é importante, não lembra, ‘depois eu falo’, ou não é importante para [...] estar participando dessa decisão, ou não interessa para eles. E já pela própria história da medicina e da enfermagem, que a enfermagem é o empregadinho do médico, então, a gente decide e eles executam, né?” (E3).

Ainda, ressaltou o seguinte sobre as informações do que acontece nas outras categorias:

“[...] cada um dentro de sua área resolvendo as suas coisas. Não existe essa instância onde cada um conta o que está acontecendo em sua área . Existe, claro, muita sim, uma relação bastante cordial. Jamais as pessoas vão me negar informação se eu for atrás e perguntar, a informação é dada e é dada dentro da verdade. Então, não existe assim, meias verdades não, é contado. Mas só que a gente aprende, cada um trabalha na sua, cada um trabalha de um lado. Então, não

existe aquela coisa que a gente aprende nos livros, de que tem que existir essa inter-relação, porque a gente tem que saber do todo para poder trabalhar o seu lado, não existe. Mas existe cordialidade, existe amizade, existe respeito, existe verdade, né? Isso existe. Então, não é por má fé que as coisas acontecem, é pelo estilo doméstico de gerenciar” (E3).

Na realidade, pode-se observar uma falta de conexão entre as quatro diretorias, elas possuem um contato satisfatório referente a assuntos ligados principalmente à assistência, ou que a envolve. Isso sinaliza uma falha no gerenciamento do Hospital Universitário, que se dá mais baseado no bom senso e na intuição do que em um plano de ação.

Comprovou-se que a participação é vista por diferentes ângulos, e isso reflete significativamente na implantação do processo participativo dentro de cada unidade, diretoria e, conseqüentemente, do próprio Hospital.

Como Bordenave (1986) afirma, a flexibilidade e descentralização possibilitam um desenvolvimento mais natural da participação, e que a distribuição de função é um aspecto muito importante a ser considerado. No entanto, isso precisaria ser planejado envolvendo todas as categorias do HU. Segundo Barbosa (1996), a complexidade dessas organizações leva à necessidade de que haja uma exigência quanto à condução do trabalho, de forma que envolva a coordenação de ações específicas de cada parte, de maneira a atingir de forma eficiente e eficaz os produtos e resultados globais.

Embora alguns gerentes aleguem que a complexidade dessa organização exige que se tomem tais atitudes baseadas na intuição, Barbosa e Lima (1996) enfatizam exatamente o contrário: que, devido à crescente complexidade destas organizações, é impossível que as ações e decisões sejam tomadas e executadas com base somente no bom senso e nas experiências passadas, dado o fato que essas características por si só não são suficientes para resolução dos problemas de forma satisfatória.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema participação, no contexto hospitalar estudado, assim como na literatura, mostrou-se bastante complexo. A pesquisa qualitativa e o método de estudo de caso apresentaram-se propícios nesse estudo, visto que eles permitiram a exploração desse tema de forma bastante satisfatória, proporcionando o alcance do objetivo geral da pesquisa, ou seja, analisar a participação existente nas relações de trabalho dos gerentes do HU/UFSC.

A entrevista semi-estrutura possibilitou colher os dados sem que fugissem do tema, e com uma flexibilidade bastante importante para explicar as peculiaridades das informações dadas pelos sujeitos. A análise de conteúdo de Bardin configurou-se um ponto muito relevante nesse estudo, já que numa riqueza tão imensa de informações obtidas, ela permitiu que se codificassem as entrevistas e construíssem as categorias que possibilitaram responder a pergunta de pesquisa.

Devido à heterogeneidade de idéias referente ao tema, a participação no HU/UFSC teve que ser entendida no seu contexto. Observou-se também que essa não é declarada explicitamente como um dos valores da organização, e que sua aplicabilidade é realizada, na maioria das vezes, intuitivamente pelos seus gerentes e de acordo com suas concepções.

Ressalta-se ainda que a direção geral deixa aberta a forma de gerir das quatro diretorias existentes, e algumas dessas, por sua vez, acreditam que as peculiaridades das suas unidades (divisões, serviços e seções) exigem também essa liberdade de gestão para conseguir atender adequadamente às suas exigências e necessidades. Além disso, algumas chefias de divisões e de serviços também aderem a essa visão.

Entende-se que há, realmente, uma necessidade de liberdade para administrar, de acordo com as características do grupo, atendendo às peculiaridades das unidades. No entanto, cabe entender que o que prejudica é o fato de essa forma de execução trabalhada no Hospital Universitário, em sua maioria, ser realizada de maneira improvisada, voltada a atender emergências, direcionando, assim, suas ações para esse objetivo. Essa posição vai ao encontro da afirmação de Azevedo (1995). Acrescenta-se ainda que esse fato é justificado pelos gerentes como sendo a única maneira possível, devido à complexidade da organização. Porém, ela impede resoluções satisfatórias para os problemas enfrentados.

Então, para analisar a participação nas relações de trabalho dos gerentes, foi necessário atingir os quatro objetivos específicos, a partir dos quais se farão as considerações finais. O primeiro, refere-se à descrição das concepções de participação dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Esse objetivo fez-se relevante, pois a participação neste contexto é formada a partir das diversas concepções que as chefias possuem sobre esse termo, e são essas que norteiam toda dinâmica do processo participativo inter e intra-unidades.

Ao tentar entender essas concepções, desvelou-se uma variedade de olhares que possibilitaram a construção da participação sob várias óticas. Esses olhares, tão singulares e únicos, são capazes de se adaptar ao contexto conforme vão acontecendo as circunstâncias, vão sendo experimentadas, vivenciadas as situações, que se tornam específicas e únicas a cada sujeito. Mostrou-se ainda, que a participação para os gerentes, nessa realidade, não é contextualizada como uma forma de ver a realidade que se complementa, se integra e possibilita a compreensão mais profunda dos acontecimentos revelados no âmbito organizativo. É, pelo contrário, vista na sua maioria de forma isolada, havendo alguns momentos de inter-relação, para atender a causas específicas.

Sendo assim, nesta tessitura organizacional, foi possível vislumbrar olhares diferentes, às vezes divergentes, mas que se caracterizavam por serem únicos, se distinguindo de toda uma categoria, de uma especialidade, de um grupo. Enfim, dentro do mesmo grupo observaram-se divergências, muitas das vezes despercebidas pelos próprios componentes do grupo, ou especialidade, ou mesmo categoria.

Observou-se que falta uma união desses olhares, ou seja, a partir da interconexão, a construção de um olhar que permita concordância de todos. Averiguou-se que a concepção da participação para esses gerentes pode ser vislumbrada como sinônimo de colaboração, de interação, de integração, ou de decidir, de saber ouvir e/ou de ter convicção. Esses termos, na realidade, podem ser visto de forma complementar ou não.

O segundo objetivo ateu-se a identificar as formas e os condicionantes de participação “nos” e “entre” os níveis gerenciais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ao tentar atingir tal objetivo, foi possível notar que, embora poucos gerentes tenham uma concepção mais abrangente do termo, na prática ela não se aplicava. Decorrentes disso, as formas de participação basearam-se notadamente no desenvolvimento das atividades, como algo essencial, somente para atingir fins, resultados. Ou seja, as formas se construíram em concepções reducionistas, direcionadas a atender objetivos, que contemplam somente o lado instrumental, sendo assim desenvolvidas por meio de ações instrumentais.

Os fatores dados como inibidores da participação e as desvantagens dos métodos aplicados pelos gerentes reforçam o que Dussault (1992 apud AZEVEDO, 1995) afirma: há uma necessidade de existir uma gerência mais consensual do que autoritária, tipo colegiado, a partir da qual todos os funcionários podem e devem ser envolvidos nas decisões, em que também exista um trabalho baseado na responsabilidade e não na mera obediência de ordens.

No entanto, esse trabalho com base no consenso deve ter concordância de todas as partes que englobam o Hospital, e não de uma forma focada em categorias, divisões ou serviços, como vem acontecendo no HU. Essa concordância deve atingir também os assuntos de ordem administrativa, e não somente os de ordem assistencial, como ocorre na maioria das áreas de assistência.

Além disso, evidenciou-se também neste contexto hospitalar o que Barbosa (1996) e Barbosa e Lima (1996) afirmaram ser uma das falhas na gerência hospitalar, que foi a escolha dos gerentes através de indicação política ou por competência na área da saúde, refletindo assim na deficiência desse sistema, pois, como observado, os próprios gerentes, a maioria deles, assumiram não ser da área de administração e não ter conhecimento de formas e métodos de trabalho ou de gerenciamento.

Isso pôde ser também averiguado quando se estipulou que a eleição é algo que incentiva e facilita o processo de participação das pessoas inseridas nos setores que utilizam esse processo de escolha. No entanto, a grande dificuldade ainda encontrada quanto a isso é que as pessoas possuem uma certa imaturidade frente a isso. Ou seja, acabam fazendo a escolha com base na amizade e na empatia com o outro, deixando de lado a competência e capacidade das pessoas.

Ainda pode-se refletir nesse íterim que as formas e métodos de participação são limitados pela insuficiente dotação orçamentária, pela diminuição de recursos humanos e pela escassez de recursos financeiros, o que Barbosa (1996) determinou como outros fatores que provocam falhas na gerência hospitalar, sendo responsáveis pelo descompromisso existente no interior dessas organizações.

As formas de participação e os métodos possuem um valor mais instrumental, mesmo para aqueles gerentes que vislumbram a participação como um direito, acabam entendendo-a

de maneira limitada, quando a colocam no meio organizacional. Sendo assim, percebe-se que estas pessoas acabaram restringindo o termo como uma ferramenta para atingir suas metas.

O terceiro objetivo referiu-se à descrição da estrutura e relações de poder existentes na Instituição. Ao tentar atingi-lo, pode-se perceber, esse poder legitima-se pela estrutura formal e informal, como também pelas características pessoais, sendo fortemente baseado no poder-sobre, definido por Follett (1997), com base na conciliação, e, às vezes, na dominação. Enquadrando a participação sob esta ótica, pode-se perceber que ela está sendo vista como um instrumento para manter o controle, e como uma das formas como o poder pode ser apresentado, de maneira sutil e com uma ilusória participação de todos.

O quarto e último objetivo trata-se da descrição do processo participativo presente nas relações de trabalho dos profissionais de saúde desta Instituição. Esse objetivo constituiu uma parte bastante difícil, visto que cada unidade tinha uma forma específica de trabalho.

Pode-se evidenciar nesses processos que a maioria das chefias que exercem duas funções, de médico e de gerente, ou mesmo de enfermeiro e de gerente, não o fazem satisfatoriamente, visto que os médicos e enfermeiros tendem a sacrificar o lado gerencial em prol da sua profissão. Observou-se também que, na maioria das vezes, suas ações estão voltadas mais para a parte assistencial do que para a gerencial. Eles alegam que estão gerentes, mas não são gerentes, e que também há um certo descontentamento de não estarem lá na prática de sua profissão.

“[...] se eu for cuidar só de papel, eu não sei mais cuidar de gente, não é o meu propósito não. Porque para nós, nós não somos diretores, nós estamos diretores, como dizia o Portella. Lembra que ele disse isso? O ministro da educação, o Portella, dizia: “não, eu não sou ministro, eu estou ministro”. Então, a minha atividade profissional é ser médico e, por acaso, eu estou hoje na direção [...]” (E5).

Essa visão acaba prejudicando o sistema, visto que não há como conciliar essas duas atividades, pois ambas exigem dedicação, e como eles não se sentem gerentes, acabam sacrificando essa função e valorizando mais sua profissão.

O fato de haver uma grande diversidade de profissionais no contexto hospitalar pode trazer uma riqueza muito grande de idéias e pode permitir que o hospital cresça e se adapte rapidamente às mudanças, atendendo de maneira satisfatória aos interesses tanto dos usuários como dos próprios integrantes desse sistema. Mas se pôde perceber por meio desse estudo que ainda existe uma dificuldade muito grande decorrente da própria limitação das pessoas, embora as chefias tenham delegado que, comparadamente aos anos anteriores, pode-se notar uma certa melhora, como disse uma gerente:

“[...] as pessoas estavam muito acomodadas, e elas, hoje, desenvolveram uma capacidade de estarem reivindicando mais os seus direitos, apesar dessa participação não ser a ideal ainda, a gente percebe” (T2).

Isso sustenta a possibilidade de alcançar uma participação efetiva nesse contexto. O que se nota é que há uma necessidade de despertar essa capacidade nas pessoas de ter consciência de seus atos, de conseguir argumentar sobre suas idéias, saber respeitar as posições, os limites, saber até onde pode ir e não ultrapassá-los, buscar interesses globais, ou seja, não ficar somente analisando até que ponto isso pode favorecer seu lado, ou mesmo sua categoria, fato que ocorre atualmente neste ambiente.

No entanto, essas atitudes e as características das pessoas que estão inseridas nesse contexto hospitalar mostraram que essas são mais ações inconscientes do que conscientes. Elas, embora tentem fazer o melhor, ainda têm assimiladas tais atitudes como um padrão normal de comportamento, o que decorre do fato de a maioria vislumbrar mais o lado instrumental. Percebe-se que a forma em que se deram as políticas de saúde do Brasil e a

própria história do hospital e de sua gerência ainda são forte marcas, que refletem muito no modo de comportamento da maioria das pessoas que trabalham neste meio.

Observou-se também que os indivíduos ainda são carentes no que se refere à capacidade de argüir sobre seus ideais, como também quando buscam integrar os interesses comuns. Na realidade, muitas vezes quando tentam tal façanha, acabam tendendo a buscar mais interesses pessoais, de uma categoria ou de uma unidade, não chegando atingir assim o todo.

Pode-se comprovar dentro deste contexto hospitalar o que Gouvêa e Kuya (1999) afirmaram: há uma grande dificuldade na integração e desenvolvimento dos funcionários, devido ao alto grau de especialização e a complexidade das profissões. Por isso, parece que as pessoas precisam reaprender a ser um “indivíduo político”, capaz de estabelecer interação com os outros, num processo participativo mais efetivo. A partir daí, será possível o que Normann (1993) apregoa, ou seja, que o hospital deve possuir uma habilidade de pensar globalmente e de integrar sua estrutura e processo a fim de criar sistemas de serviços eficazes.

Necessita-se que o processo participativo seja concretizado através da união dos interesses, por meio da arguição, da troca, de maneira que se atinja uma nova dimensão de relacionamento, em que as regras de convivência estabelecidas em todos os âmbitos da vida sejam pessoais, profissionais, organizacionais ou sociais, sejam respeitadas por todos os componentes da sociedade, entendendo que todos são dependentes uns dos outros e passíveis de se sujeitar às regras e leis que permitam respeitar as desigualdades de forma igualitária, atendendo assim ao bem comum.

No entanto, de acordo com as categorias temáticas, a participação dos funcionários se restringe mais ao envolvimento das atividades rotineiras, sejam essas administrativas ou assistenciais. Mesmo assim, cabe salientar que as administrativas são essenciais aos setores

administrativos e as assistenciais às unidades de assistência. Desta forma, os métodos utilizados para incentivar a participação das pessoas sempre tinham como intuito melhorar os resultados técnicos.

Esse fato, na verdade, tem motivos diversos, que “supostamente” podem ser justificáveis. A participação não pode ser imposta, ela deve ser entendida, deve ser assimilada como um direito inerente a cada um, e isso não é um processo fácil. Está ligada à própria formação do indivíduo, não se fala aqui de formação profissional, mas formação política.

Participar, portanto, requer um processo de aprendizagem, não uma aprendizagem profissional, mas sim aprender a ser novamente um indivíduo pleno. Embora se fale tanto que o homem deve ser considerado um ser biopsicossocial, capaz de proferir argumentações, no que concerne à organização, as pessoas estão ainda limitadas. Algumas pessoas estão se despertando para o resgate das potencialidades; no entanto, ainda se encontram pessoas “adormecidas”.

E como a organização faz parte da vida comunitária, faz parte da vida das pessoas, é necessário entender que no seu interior deve existir espaço para que as pessoas exerçam o papel de indivíduos políticos, buscando sempre agir em concordância com o outro, pensando no **interesse coletivo**, e não somente em si.

O discurso do hospital, de fornecer um bom ensino com atendimento de qualidade a todos os pacientes, não se mostrou efetivo. Necessita-se que ele seja transformado em um discurso realmente prático. Ou seja, necessita-se que esse discurso seja gradativamente transformado em realidade, através da participação efetiva de todos os integrantes, independentemente da profissão, da área de especialização, do grau de formação. Enfim, deve-se promover um ambiente no qual todos possam participar simetricamente na formação

do consenso, de forma que sejam permitidas a constituição de uma vida comunitária associada e a efetivação da democracia.

A grande dificuldade talvez poderia ser atribuída ao fato de as pessoas imaginarem que essa forma de trabalho é a certa. A maioria dos gerentes está satisfeita com essa forma de trabalho e alega que esse seja suficiente para um bom funcionamento da unidade. A esperança de mudança funda-se na minoria, que percebe haver necessidade de mudar. Embora muitos ainda não saibam como, entendem que essa forma necessita de ser repensada. Uma categoria já tateia na busca desta interconexão, embora ainda isso ocorra dentro somente dessa categoria específica, e essa chega em certos momentos a se isolar das outras, o que não é o desejado. Porém, essa busca já se traduz num sinal positivo. A própria história do Hospital registra essas transformações importantes e necessárias para uma participação mais efetiva nessa tessitura.

Esse estudo contribui, então, para a percepção de que há necessidade de se preocupar mais com a gerência do Hospital Universitário, de que é necessário sair dessa – denominada por um dos gerentes entrevistados – “gerência doméstica”, baseada no bom senso, na intuição, no improviso. A gerência deve ser realmente fomentadora da participação das pessoas, para que essas saibam arguir, saibam entrar em concordância, buscar a união dos interesses: isso contribuirá para a formação dos alunos que adentram nesse contexto.

7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA PESQUISA

Por fim, devem-se ressaltar: algumas limitações da pesquisa, apesar de ter se evidenciado um resultado bastante positivo e rico; além de recomendações para futuros estudos.

A primeira limitação refere-se ao tempo de estudo, que foi muito curto para uma fonte tão insaciável de conhecimento, afinal, esse tema mostrou-se muito rico e complexo. A segunda foi a possibilidade de constatar a existência de ilhas de participações. A divergência das concepções, das formas, provou a disparidade de idéias reinantes num único ambiente, o que tornou esse estudo bastante complexo. Mas, apesar disso, não houve prejuízos nos resultados da pesquisa.

Essa realidade estudada abriu caminhos para novas indagações, permitindo algumas recomendações para futuras pesquisas:

- a) fazer uma comparação entre um hospital público e um privado, para averiguar até que ponto a autonomia (financeira, por exemplo) pode influenciar na participação;
- b) realizar um estudo comparativo entre um hospital público e um hospital universitário, para observar a influência da estrutura da universidade no processo participativo;
- c) conhecer os currículos atuais dos cursos na área de saúde para observar se estão fomentando, ou se é possível fomentar a formação de indivíduos mais participativos;
- d) analisar a contribuição dos cursos de graduação para formação dos indivíduos políticos;

- e) explorar a adoção de uma política segundo à qual os profissionais da saúde para exercer cargos administrativos devam ter como requisito uma formação na área, no mínimo na modalidade de especialização aplicada;
- f) fazer um estudo para averiguar os diferentes estilos de gerência que ocorre no HU/UFSC, e como esses realmente podem vir a influenciar na participação;
- g) averiguar o funcionamento do sistema de informação dentro do âmbito hospitalar para entender a possibilidade de desenvolver o poder comunicativo descrito por Habermas.

REFERÊNCIAS

- AKTOUF, O. **A Administração entre a tradição e a renovação**. São Paulo: Atlas, 1996.
- ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. São Paulo: Pioneira, 1992.
- ANDRADE, M. M. de. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: _____. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. São Paulo: Atlas, 1997. p. 11-36.
- AZEVEDO, C. S. Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 32-58, jul./set. 1995.
- BARBOSA, P. R. Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **RSP – Revista do Serviço Público**, [S.I], ano 47, v. 120, n. 2, p. 67-96, maio/ago. 1996.
- BARBOSA, P. R.; LIMA, S. M. L. Gestão em Saúde: Bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. **Revista Espaço para a Saúde**, [S.I], v. 5, n. 5, p. 5-12, set. 1996.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BENNIS, W. **A invenção de uma vida**. São Paulo: Pioneira; Publifolha, 1999.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que participação**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1987.
- CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. 1996. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- CARVALHO, M. S. M. V. de. Desenvolvimento gerencial no setor público: velhas questões e novos desafios. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 27-37, out./dez., 1995.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JR. L. (Org.). **Bases da Saúde coletiva**. Londrina: EUL; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 27-59.
- CASTELAR, R. M.; IWERSEN, M.. O atual quadro sanitário do Brasil. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão Hospitalar**: um desafio para o hospital

brasileiro. Cooperação Brasil-França: Éditions École Nationale de La Santé Publique ENSP, 1995. p. 29-37.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**. Cooperação Brasil-França: Éditions École Nationale de La Santé Publique ENSP, 1995. p. 38-49.

CECÍLIO, L. C. de O. A Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, mai./jun., 1997.

CERQUEIRA, S. A. R. **Estudo da Função Extensionista e Assistencial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na Percepção da Atual Direção**. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. Da Velha à Nova República: a evolução das políticas de Saúde no Brasil. **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Relacionamento Interpessoal**. UFSC. Prof. Gilson Teixeira Silva; Profa. Ana Maria Rabello Silva, Florianópolis, 1998. p. 1-14.

COSTA, S. A. **Novas formas de gerenciar empresas**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.techoje.com.br>>. Acesso em: [01] maio 1999.

DANTAS, J. C. Alienação e Participação. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 30-51, abr./jun. 1988.

DRUCKER, P. F. **O gerente eficaz**. 4 ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

_____. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneira; Publifolha, 1999a.

_____. **Administração em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Pioneira; Publifolha, 1999b.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

ERDMANN, A. L.; PINHEIRO, P. I. G. Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem: Questionando Estratégias. **COGITARE ENFERMAGEM – Revista do Departamento de Enfermagem da UFPR**, [Curitiba], Ed. Departamento de Enfermagem – UFPR, v. 3, n. 1, p. 89-96, jan./jun. 1998.

ERDMANN, R. H. **Organização de sistema de produção**. Florianópolis: Insular, 1998.

FARIA, J. Henrique de. **O autoritarismo nas organizações**. Curitiba: Criar Edições/FAE, 1985.

FRAGA FILHO, C. **A Implantação do Hospital Universitário da UFRJ**. Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio, 1990.

FOLLETT, M. P. **Profeta do gerenciamento**. (Organizado por Graham, P.) Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1997.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade do saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. cap VI, p. 99-111.

GARFIELD, C A. **Sempre em 1º – Como as Empresas modernas vencem no mundo valorizando o seu pessoal**. Rio de Janeiro: Berkeley, 1993.

GERGES, M. C. **Visão da Decisão Gerencial dos Enfermeiros Administradores do Sistema de Enfermagem de um Hospital Universitário**. 1994. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GERGES, M. C.; PROENÇA, R. P. C.; CUNHA, C. J. C. A. Estratégias Competitivas em Organizações Públicas: O caso do Hospital da UFSC. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 137-153, abr./jun., 1995.

GEUS, A de. **A Empresa Viva**, Rio de Janeiro: Campus; São Paulo: Publifolha, 1999.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GONÇALVES, E. L. **O Hospital e a visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração, 1983.

_____. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar., 1998.

GOUVÊA, M. A.; KUYA, J. **Qualidade de Atendimento do Sistema Hospitalar – O caso de alguns hospitais da cidade de São Paulo**. IV SEMEAD, Outubro/1999. Disponível em: <<http://www.fea.usp.br/semead>>. Acesso em: [01] mar de 2001.

GRABOIS, V., SANDOVAL, P. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P., GRABOIS, V. (Org.). **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**. Cooperação Brasil-França: Éditions École Nationale de La Santé Publique ENSP, 1995, p. 69-79.

GRAMSCI, A. Americanismo e Fordismo. In: Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**, 7 ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

GUERREIRO RAMOS, A. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1981.

GUIMARÃES, V. N. **Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial: estudo comparativo de casos na indústria mecânica de Santa**

Catarina. 1995. cap. 3. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HABERMAS, J. **Sociologia**. (Organizadores da coletânea: B. Freitag e S. P. Rouanet). São Paulo: Ática, 1980

HATAKEYAMA, Y. **A revolução dos gerentes**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1995.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para Administradores: A Teoria e as Técnicas da Liderança Situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Regimento Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, Santa Catarina, 1992. 21p.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de Hospitais**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1979.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas Organizações: O homem, rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas, 1994.

KOTLER, P. **Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 101-138, set/out, 1996.

LODI, J. B. **História da administração**. 5 ed. São Paulo: Pioneira, 1977.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MATOS, F. G. **Gerência Participativa: Como obter a cooperação espontânea da equipe e desburocratizar a empresa**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980.

_____. **Estratégia de Empresa**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

MÁTTAR NETO, J. B. **Filosofia e Administração**. São Paulo: Makron Books, 1997.

MELLO, S. P. T. de. **Inovações Gerenciais e a Prática da Gestão Participativa: um estudo de caso na Companhia Carris Porto-Alegrense**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MENDONÇA, L. C. de. **Participação na Organização: uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas**. São Paulo: Atlas, 1987.

MENDONÇA, P. S. M. **Contribuições ao Estudo do Marketing de Idéias**: Um Estudo de Caso no Programa Nacional de Conservação de Energia Elétrica (PROCEL). 1998. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

MEZOMO, J. C. **Hospital Humanizado**. São Paulo: CESC – Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1979.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINTZBERG H.; AHLSTRAND B.; LAMPEL J. **Safari de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 2 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. Edição Executiva. São Paulo: Atlas, 2000.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea**: A ciência e a Arte de ser dirigente. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

MOTTA, F. C. P. **Burocracia e autogestão**: a proposta de Proudhon. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. Alguns precursores do participacionismo. In: VENOSO, R. (org) **Participação e participações** – Ensaio sobre Autogestão. São Paulo: Babel Cultural, 1987. Cap I, p. 11-17.

_____. **Teoria Geral da administração: uma introdução**. 19 ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

NETO, G. V.; TERRA, V. A Universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde. **RAP - Revista de Administração Pública**, v. 32 n. 2, p. 185-194, mar./abr. 1998.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.

NORMANN, R. **Administração de serviços**: estratégia e liderança na empresa de serviços, São Paulo: Atlas, 1993.

OLIVEIRA, D. P. R. de. **Sistemas, organização e métodos**: uma abordagem gerencial. 8 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEREIRA, M.; MORIYA, T. M. **Infecção Hospitalar**: estrutura básica de Vigilância e Controle. 2 ed. Goiânia: AB, 1994.

REDDIN, W. J. **Eficácia Gerencial**. São Paulo: Atlas, 1981.

RIBEIRO, A. B. C. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2 ed. São Paulo: FENAME, 1977.

RICHARDSON, R. J., et al. Entrevista. In: _____. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. cap. 13. p. 207-219.

RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de Administração Sanitária**. 2 ed. Brasília: Senado Federal Centro Gráfico, 1979.

RODRIGUES FILHO, J. A crise gerencial no sistema de saúde. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 64-75, out./dez., 1994.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria do Estado de Saúde. **Programa de Controle de Infecção Hospitalar de Santa Catarina**: manual de orientações. 2 ed. Florianópolis, out/1998.

SANTA CATARINA (Estado). **Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina**.: manual Florianópolis: mimeografado, 2001.

SANTOS, F.; PEREIRA, F.; TORRES, J. Responsabilidade social: o papel das organizações na formação do indivíduo político. In: XXXVII Assembléia do Conselho Latino-Americano de Escolas de Administração. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2002. 1 CD ROM.

SÃO THIAGO, P. E. de. **Promovendo saúde & ensino**: Hospital Universitário de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1983.

SELEME, A. **Tecnologia e Poder em Organizações Hospitalares**: O Caso do HGCR. 1988. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina** – Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. 10 ed., São Paulo: Best Seller, 1990.

SIERRA, J. H. P. Gerencia del Servicio. In: TORO RESTREPO, J. E.. **Hospital y Empresa**. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 2000. p. 211-234.

SIQUEIRA, H. C. H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar**: um novo modo de pensar e agir. 2001. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Sistema Único de Saúde: Módulo do Hospital, Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª versão.

Sistema Único de Saúde: Legislação Básica, Florianópolis: Secretaria do Estado da Saúde, 2001.

SROUR, R. H. **Poder, cultura e ética nas organizações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998

STONER FILHO, J. A., FREEMAN, R. E. **Administração**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1985.

TREECE, E. W.; TREECE Jr., J. W. **Elements of Research in Nursing**. 2 ed. Saint Louis: C.V, 1977.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem Hospitalar: Administração e Burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.

VASCONCELLOS, A. P. R. de; CRUZ Jr., J. B. da. A participação como instrumento da modernização organizacional. **Revista de Ciências Administração/Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração, Centro Sócio Econômico. v. 2, n. 1, p. 17-28, Fevereiro, 2000.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Alternativas para a gestão pública da função saúde**. mimeo, 1998.

VELASCO, S. D. **Medicina em 2010**. mimeo, [2000] .

YIN, R. K. **Case Study Research: design and methods**. v. 5. Califórnia-USA: Sage Publications, 1987.

ANEXOS

Anexo A – ATRIBUIÇÕES DOS DIRETORES DO HU

DIRETOR GERAL (DG)	VICE-DIRETOR
I – Convocar e coordenar as reuniões do Conselho Diretor;	Substituirá o Diretor Geral nos seus impedimentos e exercerá outras atribuições, permanentes ou temporárias, delegadas pelo Diretor Geral.
II – Sugerir a nominata para o exercício dos cargos de chefia das Diretorias Setoriais, a serem nomeados pelo Reitor;	
III – Representar o HU junto à Administração Superior do UFSC, demais órgãos governamentais e onde se fizer necessário;	
IV – Propor ao Reitor, após análise de projetos, a criação ou extinção de Divisões, Serviços ou Seções, além das Comissões Permanentes e Temporárias;	
V – Zelar pela disciplina no HU;	
VI – Cumprir e fazer cumprir o Estatuto e Regimento Geral da UFSC as determinações do Reitor, as deliberações do Conselho Diretor, este Regimento e as normas vigentes no HU;	
VII – Elaborar plano anual de trabalho a ser apresentado ao Conselho Diretor, contendo proposto orçamentário do HU para análise e apreciação;	
VIII – Elaborar relatório anual do HU para apreciação do Conselho Diretor até 31 de janeiro do ano seguinte ao exercício;	
IX – Mandar licitar e ordenar as despesas nos processos de compra de materiais permanentes e de consumo para o Hospital, dentro das normas vigentes no Serviço Público Federal e na UFSC;	
X – Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.	

DIRETOR DE MEDICINA	DIRETOR DE ENFERMAGEM	DIRETOR DE APOIO-ASSISTENCIAL	DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO
I – Chefiar o corpo clínico do HU;	I – Chefiar a equipe de enfermagem do HU;	I – Garantir a representação do HU junto aos órgãos de classe dos componentes de sua Diretoria e onde se fizer necessário;	I – Representar o HU junto aos órgãos de classe dos integrantes de sua Diretoria e onde se fizer necessário;
II – Representar o HU junto à órgãos de classe médica;	II – Representar o HU junto à órgãos de classe da enfermagem e onde se fizer necessário;	II – Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar às atividades da Diretoria de Apoio Assistencial;	II – Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar às atividades da Diretoria de Administração;
III – Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar às atividades da Diretoria de Medicina;	III – Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar às atividades da Diretoria de Enfermagem;	III – Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;	III – Assessorar o DG em assuntos de sua competência;
IV – Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;	IV – Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;	IV – Avaliar, com as Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;	IV – Avaliar, com as Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;
V – Avaliar, com as Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;	V – Avaliar, com as Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;	V – Apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminha-las ao DG;	V – Apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminha-las ao DG;
VI – Apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminha-las ao DG;	VI – Apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminha-las ao DG;	VI – Cumprir as disposições deste regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;	VI – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;
VII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;	VII – Cumprir as disposições deste regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;	VII – Estimular e apoiar o desenvolvimento da pesquisa no âmbito do HU;	VII – Prestar contas anualmente do inventário dos bens patrimoniais em uso no HU, encaminhando ao DG em data conforme orientação dada pelo Tribunal de contas da

			União;
VIII – Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;	VIII – Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;	VIII – Promover e estimular a Educação continuada nas diversas áreas no âmbito de sua Diretoria;	VIII – Definir diretrizes quanto à gerência de receitas, desembolso, orçamentos e custos de produção em consonância com a Administração Superior do HU;
IX – Estimular e apreciar o desenvolvimento da pesquisa clínica no âmbito do HU;	IX – Estimular e apoiar o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem no âmbito do HU;	IX – Garantir que os programas pedagógicos desenvolvidos através da assistência, realizem-se conforme as diretrizes propostas pelas chefias dos respectivos departamentos;	IX – Definir política relativa ao suprimento de materiais de consumo e permanente do HU;
X – Garantir que os programas pedagógicos desenvolvidos através da assistência, realizem-se conforme as diretrizes propostas pelas chefias dos respectivos departamentos;	X – Garantir que os programas pedagógicos desenvolvidos através da assistência, realizem-se conforme as diretrizes propostas pelas chefias dos respectivos departamentos;	X – Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;	X – Coordenar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos;
XI – Garantir o apoio necessário ao desenvolvimento nos cursos de pós-graduação da área médica;	XI – Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.	XI – Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.	XI – Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;
XII – Promover e estimular a Educação continuada do Corpo Clínico através de reuniões clínicas, incentivo ao Centro de Estudos do HU e intercâmbio com outras instituições de ensino médico;			XII – Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.
XIII – Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.			

CHEFES DE DIVISÃO	CHEFES DE SERVIÇOS
Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar as atividades da Diretoria de Administração;	I – Planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e propor normas para o bom funcionamento do Serviço;
	II – Coordenar as atividades de assistência com as de ensino, pesquisa e extensão;
	III - Supervisionar o cumprimento das normas estabelecidas pelo Serviço;
	IV – Organizar os meios necessários para cumprir as determinações emanadas da Administração Superior, Diretoria Setorial e da Divisão respectiva.

Anexo B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Identificação:

Nome:

Cargo:

Perguntas:

1. O que é participação para o(a) Senhor(a)?
2. Quais as formas de participação que o(a) Senhor(a) conhece?
3. Qual a forma e o método utilizado para incentivar os funcionários a participar?
4. Por quê optou por essa forma e métodos de participação? Quais as vantagens e desvantagens que oferece?
5. Quais os fatores (condicionantes) que facilitam e inibem a participação?
6. Como a participação se desenvolve entre os funcionários do setor?
7. Como os funcionários vêem a possibilidade de participar?
8. Há aceitação, indiferença ou resistência dos funcionários, frente a possibilidade de participar? Se há indiferença ou resistência, é tomada alguma medida para mudar essa atitude? Se sim, quais as medidas tomadas?
9. A estrutura do hospital tem influência na hora de decidir qual tipo e grau de participação é a melhor? Por quê?
10. Como se dá a participação entre os funcionários deste setor com relação aos dos outros setores?
11. A participação dos funcionários afeta: decisões rotineiras, do dia-a-dia ou decisões estratégicas, políticas? Por quê?
12. Você como representante do setor participa de que tipo de decisões com os representantes dos outros setores?
13. E a alta administração consulta você como representante do setor para tomada de decisões? Se sim, vocês têm poder na determinação do resultado final da decisão ou só podem influenciar nas decisões mas a prerrogativa final pertence somente a administração?
14. Os funcionários são consultados para tomada de decisões? Se sim, eles têm poder na determinação do resultado final da decisão ou só podem influenciar nas decisões mas a prerrogativa final pertence somente a administração?
15. Como é o relacionamento do(a) Sr(a) com seus funcionários? Exemplifique
16. Como dá a interação entre você e os outros chefes?
17. Essa forma de participação está satisfazendo as expectativas, ela permite vocês ter uma melhor visibilidade e maior articulação da realidade?
18. Os cargos e níveis de decisão existentes sustentam a necessidade de tomada de decisão, são respeitados e atuam conforme sua competência (estabelecida nos instrumentos normativos legais – regimento, regulamentos, normas e rotinas)
19. Existem outras estruturas de poder (associações, comissões, profissionais das diferentes áreas de conhecimentos (medicina, enfermagem...)). Como os ocupantes destes cargos exercem seu poder de decisão e controle?
20. Como são as relações de poder vertical e horizontalmente ou entre os trabalhadores em todos níveis?

Anexo C

Ofício n 01/01. Florianópolis, 21 de Janeiro de 2002..

Ementa: Solicitação de Circulação e Coleta de dados no Hospital Universitário de Santa Catarina.

Ilmo Diretor Dr. Fernando Osni de Machado,

Eu, **Jocilene Ferreira Torres**, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado – da Universidade Federal de Santa Catarina, venho por meio deste solicitar à V. Sa., a sua permissão para circular dentro do Hospital Universitário desta instituição, a fim de coletar dados, objetivando desenvolver o meu projeto acadêmico, que se encontra em anexo e que com as devidas complementações se constituirá em projeto de dissertação para conclusão do mestrado, deixando uma simbólica contribuição à sociedade. Cabe ressaltar que a presente solicitação é de extrema relevância para o posterior encaminhamento do processo de aprovação, realizado pela Comissão de Ética.

Certa de sua prestimosa atenção, agradeço antecipadamente.

Jocilene Ferreira Torres
Mestranda do CPGA/UFSC

Com a anuência de minha orientadora

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.

Anexo D

Anexo E



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: GERÊNCIA PARTICIPATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA					
2. Área de Conhecimento (Ver relação no verso): ADMINISTRAÇÃO		3. Código: 6.02		4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4):	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso):		6. Código(s):		7. Fase: (Só área temática 3) I() II() III() IV()	
8. Unitermos: (3 opções)					
SUJEITOS DA PESQUISA					
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 30-40		10. Grupos Especiais: <18 anos() Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, presidiários, etc.) () Outros () Não se aplica (x)			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL					
11. Nome: ALACOQUE LORENZINI ERDMANN					
12. Identidade: 1/R 122198		13. CPF.: 180.529.320-68		19. Endereço (Rua, n.º): R. FREI CANECA, 20. AP 501-B	
14. Nacionalidade: BRASILEIRA		15. Profissão: PROFª. UNIVERSITÁRIA		20. CEP: 88.025-000 21. Cidade: FLORIANÓPOLIS 22. U.F. SC	
16. Maior Titulação: POS GRADUAÇÃO		17. Cargo: PROFª. TITULAR		23. Fone: (048) 331-9480 24. Fax: (048) 331-9787	
18. Instituição a que pertence: UFSC				25. E-mail: alacoque@newsite.com.br	
<p>Termo de Compromisso:</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>					
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO					
26. Nome: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC			29. Endereço (Rua, n.º): TRINDADE, CAMPUS UNIVERSITÁRIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.		
27. Unidade/Órgão: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO			30. CEP: 88.040-970		31. Cidade: FLORIANÓPOLIS 32. U.F. SC
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: (048) 331-9100		34. Fax.: (048) 234-3010	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)					

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: _____		Cargo _____	
Data: ____/____/____		_____	
Assinatura			
PATROCINADOR		Não se aplica (X)	
36. Nome: _____		39. Endereço: _____	
37. Responsável: _____	40. CEP: _____	41. Cidade: _____	42. U.F. _____
38. Cargo/Função _____		43. Fone: _____	44. Fax.: _____
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP			
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP: _____	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:			
Data ____/____/____		Data: ____/____/____	
Encaminho a CONEP:		53. Coordenador/Nome _____	Anexar o parecer consubstanciado
50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		Assinatura _____	
52. Data ____/____/____			
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP			
54. Nº Expediente: _____	56. Data _____	57. Registro no CONEP: _____	
Recebimento: _____			
55. Processo: _____			
58. Observações: _____			

Anexo F

Florianópolis/SC, 05 de junho de 2001.

ORÇAMENTO

Segue abaixo o orçamento detalhado da pesquisa:

Descrição do material	Quantidade	Preço unitário	Total
1. Resma de sulfite	07	R\$ 9,50	R\$ 66,50
2. Gravador	01	R\$ 94,00	R\$ 94,00
3. Caixa de disquete	03	R\$ 10,40	R\$ 31,20
4. Fita para gravação	15	R\$ 4,95	R\$ 74,25
5..Cartucho de tinta color	02	R\$ 80,50	R\$ 161,00
6. Cartucho de tinta black	04	R\$ 82,47	R\$ 329,88
7. Diário de anotação	01	R\$ 11,35	R\$ 11,35
8. Xerox de bibliografia	5.500	R\$ 0,07	R\$ 385,00
9. Lápis	02	R\$ 0,25	R\$ 0,50
10. Caneta	02	R\$ 0,50	R\$ 1,00
11. Borracha	01	R\$ 0,60	R\$ 0,60
12. Encadernação simples	10	R\$ 2,50	R\$ 25,00
13. Encadernação (capa dura)	08	R\$ 25,00	R\$ 200,00
TOTAL			R\$ 1.380,28

Anexo G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Jocilene Ferreira Torres e estou desenvolvendo a pesquisa Formas de participação nas gerências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com o objetivo de conhecer as formas de participação existente nas relações de trabalho dos gerentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Este estudo é necessário porque diferentes formas de participação têm sido utilizadas para superar os problemas organizacionais, sendo assim, essas podem permitir que o hospital se adapte de forma constante ao meio em que está inserido atendendo assim às novas e múltiplas exigências do mercado, mas também garantindo a sua sobrevivência. Para tanto, será realizada uma pesquisa exploratória, com entrevista gravada com sua permissão, se possível. Isto não trará nenhum tipo de riscos e desconfortos, mas esperamos que os possíveis resultados possa oferecer uma oportunidade de agregar novos elementos ao conhecimento, pertinentes a prática dos gerentes desta instituição. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo e/ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 233-4335. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas (ou material coletado) serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Jocilene Ferreira Torres
Mestranda CPGA/UFSC

Prof^a Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.
Orientadora

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa **Gerência Participativa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2001.

Assinatura: _____ RG: _____

Anexo H

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO PARA PARECER DO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **COM SERES HUMANOS**

(Este formulário deve ser datilografado ou preenchido no computador. Antes de preencher este formulário consulte as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96 e nº 251 de 07/08/97)

Para uso da Secretaria do Comitê de Ética:

Projeto #

Revisor#

Data de entrada

A. INFORMAÇÃO GERAL:

1) TÍTULO DO PROJETO:

GERÊNCIA PARTICIPATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

2) PESQUISADOR PRINCIPAL:

PROFª DRª. ALACOQUE LORENZINI LORENZINI ERDMANN

3) Data proposta para início: 01/Setembro/2001 Término: 01/Dezembro/2001.

4) Indique onde a pesquisa será conduzida:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

5) Este requerimento já foi apreciado por outro Comitê de Ética?

☐ SIM ☒ NÃO

Se sim, anexe uma cópia do parecer.

6) Suporte financeiro (assinale apenas um):

Submetido	<input type="checkbox"/>	Data _____
Financiamento recebido	<input type="checkbox"/>	Data _____
Nenhum	<input checked="" type="checkbox"/>	Data _____
Outros	<input type="checkbox"/>	Data _____

Especifique :

B. PARTE I: BREVE SUMÁRIO DA PESQUISA PROPOSTA PARA QUE POSSA SER APRECIADA POR PESSOAS LEIGAS E PELO COMITÊ DE ÉTICA

A incerteza, a agilidade dos acontecimentos, o imprevisível, o constante fluxo de informações, a desintegração do mercado, a diversidade, são alguns dos inúmeros termos que retrata a atual realidade em que o mundo se encontra. As necessidades de adaptação, flexibilidade para atender às novas e múltiplas exigências do mercado são características essenciais nas organizações, que a cada dia precisam desenvolver reações rápidas para garantir a sobrevivência.

As organizações neste novo contexto precisam ser vistas como um ecossistema vivo e dinâmico, em constante evolução, como uma corporação pertencente a um todo integrado, a um mundo complexo e interligado. Conseqüentemente, elas necessitam que seus integrantes estejam interligados e que sejam participantes, o enfoque nesta realidade passa a ser dado na cooperação, na realização de grupo que integram esforços individuais. Essa ênfase na união de esforços e colaboração é derivada da necessidade contínua de melhorar produtos e serviços, para enfrentar os problemas que já não podem ser resolvidos isoladamente, levando a necessidade de haver entre as pessoas parceria, cumplicidade para lidar com os desafios do mundo.

Como os hospitais são organizações complexas, eles precisam ser administrados com base nos pressupostos da atual administração empresarial, com o intuito de atingir seus objetivos. Considerando que seus serviços não podem ser refeitos ou eliminados quando imperfeitos, visto que envolve a vida das pessoas e requer erro igual a zero, isso os leva a possuírem uma estrutura de seus diversos setores extremamente racional, o que faz com que surjam as dificuldades, já que tal estrutura define as relações que deverão desenvolver entre as pessoas e os grupos que convivem na organização.

Com isso é fundamental que haja cooperação entre os funcionários, que esses sejam participantes e trabalhem em grupo de forma que unam seus esforços individuais para garantir a sobrevivência do hospital. Portanto, é necessário que o gerente crie um ambiente participativo garantindo o crescimento e desenvolvimento da organização, através da gerência participativa, no entanto, a eficácia da mesma depende da sua adequação à situação em que é exposta.

A necessidade de se ter uma gerência participativa parte do pressuposto que a participação das pessoas envolvidas neste sistema permite que o hospital se adapte de forma constante ao meio em que se está inserido. Visto que não se pode escapar da evolução acelerada e complexa, e como o hospital possui sérias restrições referentes, principalmente aos orçamentos financeiros, surge a impossibilidade de atender de maneira satisfatória as fortes pressões de reivindicações sociais, quanto a melhores serviços, uma vez surgem novas patologias que nem sempre o hospital está preparado para enfrentá-las, como também novas tecnologias que lhe são úteis e necessárias, sendo assim uma das suas únicas fontes para qualidade dos serviços são seus recursos humanos, embora esses também às vezes se encontram debilitados e problemáticos. Dessa maneira, surgiu este projeto: Gerência participativa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Estudos mostram que a gerência participativa tem sido uma das propostas mais utilizadas para resolver problemas organizacionais. A implementação de tal proposta promove mudanças culturais que envolvem desde mudanças de comportamento como também de valores. As organizações que implementam tal proposta procuram desenvolver culturas flexíveis e pragmáticas, promovem a criatividade, possuem hierarquia achatadas, são reduzidas em termos de burocracia organizacional, menos complexas e mais responsáveis, além disso, envolvem os trabalhadores no processo, aumentando assim sua motivação. Sendo assim, ao tratar os trabalhadores como parceiros, com dignidade e respeitando-os, a produtividade e qualidade dos serviços e produtos, conseqüentemente, aumentam.

Várias questões podem ser levantadas, mas o que se procurará entender é como se dão as formas de participação nestas organizações – os hospitais – no qual seu grande desafio está vinculado na sua própria estrutura, na sua política organizacional e nas pessoas que as envolvem. Já que tais hospitais são organizações burocráticas, repletas de regras formais, disciplina e controle rígidos, dado o fato que não se pode ter um fluxo contínuo de trabalho, e em contrapartida, seus produtos não podem ser padronizados e, depende de ajustes diários, flexibilidade de acordo com as suas necessidades.

Sendo assim, os hospitais apresentam características de organizações mecanicistas e orgânicas ao mesmo tempo.

De forma geral, a participação é um processo difícil de ocorrer, pois a sua aplicabilidade, necessita-se que todas as pessoas envolvidas aceitem e entendam seu funcionamento e se adaptem a ele, no entanto, isso requer tempo. A introdução de tal processo acontece de maneira lenta, em paralelo, novas formas de participação surgem rapidamente. Além disso, essas organizações precisam se adaptar ao mercado para sobreviver, sendo necessário atender as exigências dos consumidores que aumenta a cada dia mais. Partindo desses pressupostos nota-se a necessidade de estudar tal assunto, para se entender como se dão essas formas de participação em instituições dessa complexidade. A opção por um hospital universitário se dá por ser uma das organizações “modelo” que busca acompanhar as rápidas mudanças de mercado, tais como: escassos recursos financeiros e tecnológicos.

PARTE II: BREVE DESCRIÇÃO DA PESQUISA PROPOSTA E SEUS OBJETIVOS:

1) *Tamanho da Amostra:*

A amostra vai ser constituída de 30 a 40 gerentes.

2) *Delineamento da pesquisa:*

O objetivo geral da pesquisa é entender como se dão as formas de participação nas gerências do Hospital (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os Objetivos específicos se limitam a descrever as formas de participação nos níveis estratégico, tático e operacional do HU/UFSC; e a descrever as formas de participação nos processos interunidades deste hospital.

Será desenvolvida uma pesquisa de campo por ter o objetivo de confrontar a realidade empírica da organização com a teoria. O estudo será exploratório, por ter a necessidade de um estudo aprofundado da realidade e da teoria. A estratégia da pesquisa de campo será o estudo de caso, um dos motivos é que se pretende conhecer a realidade de forma minuciosa e exaustiva para melhor análise e compreensão do fenômeno estudado. O design do estudo de caso será o delineamento de único caso fixado, pois será abordado um único caso iniciado pelo desenvolvimento de um referencial teórico, a preferência por esse tipo fixado é que se tem como foco a análise da gerência, já que este tipo de organização é muito complexo e estudá-la de forma holística não permitirá que seja feita mensuração mais específica, uma vez que se tornaria demasiadamente abstrata. A coleta de dado será feita em fontes secundárias e primárias, e a análise de dados será feita a analogia à luz do referencial teórico.

3) *Local onde se realizará a pesquisa (infraestrutura):*

Setores Gerências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

4) *Participantes/Sujeitos:*

Gerentes dos Setores.

5) Procedimentos/ intervenções (e natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica etc):

O procedimento utilizado para coletar os dados será consultas a documentos da instituição (se possível e necessário). Também, pretende-se recolher e registrar informações por meio de entrevista e observação, sendo está não participativa, onde não haverá nenhum envolvimento com o desenvolvimento das atividades do grupo estudado. A observação terá o objetivo de registrar percepções e ações dos atores envolvido no espaço estudado, de acordo com sua especificidade. A etapa de entrevista terá a intenção de responder a questionamentos sobre o como e porque ocorre a participação, quais os tipos que se predomina e onde e quando ocorre. A análise será desenvolvida em conjunto com a coleta para aprimorar possíveis erros ou falhas na condução da entrevista e evitar acúmulo de informações. Portanto, pode-se perceber que não haverá intervenção na natureza ambiental, educacional, nutricional, etc.

- 6) “Outcomes” (desfechos)
- 7) Parâmetros avaliados (medidas):
Não se aplica

C. ESTIMATIVA DOS BENEFÍCIOS OU COMPENSAÇÕES DA PESQUISA PROPOSTA:

1) Quais são os benefícios potenciais aos participantes e/ou à comunidade científica e/ou à sociedade que justificariam convidar indivíduos a participarem desta pesquisa?

Espera-se que os possíveis resultados desta pesquisa possa oferecer uma oportunidade de agregar novos elementos ao conhecimento, pertinentes a prática dos gerentes desta instituição, de maneira, que os mesmos possam gerenciar seus setores e, em conjunto, a instituição, para que essa se adapte de forma satisfatória as exigências do mercado. Sendo assim, a riqueza das informações desses indivíduos, é de grande relevância para o sucesso e êxito desse estudo, e sem eles não é possível a concretização da pesquisa. Por isso, será feito o convite a todos para assistir a defesa da dissertação para conhecerem os resultados finais do estudo, sendo está colocada a disposição de todos os interessados.

2) (a) Que vantagens ou compensações serão oferecidas aos participantes?

Pretende-se ouvir os pesquisados e fornecer uma avaliação para que os mesmo possa relatar sua opinião sobre a experiência que tiveram ao participar da pesquisa, como também fornecer aos mesmos os resultados obtidos e convidá-los para a defesa da dissertação, com o intuito de que possam usufruírem dos resultados da pesquisa e avaliar possível implementação na suas práticas.

(b) As despesas serão reembolsadas? ☐ SIM ☒ NÃO

Se sim, forneça detalhes:

D. ESTIMATIVA DOS RISCOS DA PESQUISA PROPOSTA:

Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:

Acredita-se que não haverá nenhum risco aos participantes da pesquisa. Pretende-se criar códigos de ética que proteja e garanta a intimidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa; que proteja as responsabilidades do investigador. Na pesquisa procurará respeitar os princípios bioéticos. Garantir a impessoalidade das respostas dos participantes. Análise criteriosa dos dados obtidos. Observar normas da comissão de ética da instituição. Consentimento informado caso tenha necessidade de coletar informações pessoais.

E. PLANO PARA OBTER O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (INFORMADO):

1) Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e possíveis vantagens e compensações oferecidas.

Os participantes serão convidados pessoalmente pelo pesquisador para contribuírem com o estudo, sendo esclarecido todas as vantagens e compensações do mesmo.

2) Descreva a relação entre o pesquisador(es) e participante(s). Quem irá obter o consentimento?

A relação existente entre o pesquisador e participantes, será de caráter profissional entre pesquisador e pesquisados, onde os pesquisados autorizarão, por escrito, em formulário próprio, o pesquisador a realizar a entrevista e observação de suas atividades. Tais atividades constarão de análise e interpretação de como se dão as formas de participação de seus setores.

3) Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? ☒ SIM
☐ NÃO. Se não, descreva as alternativas para a obtenção do consentimento.

4) Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?

Caso os participantes venham desistir de participar do estudo, eles poderão manifestar-se por escrito via ofício, ou e-mail ao pesquisador de campo torresjocilene@hotmail.com.

5) Caso os participantes não compareçam às visitas do estudo, serão contactados durante o estudo (por telefone ou por carta)? ☐ SIM ☐ NÃO

Não se aplica.

F. PASSOS A SEREM TOMADOS PARA ASSEGURAR A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Onde e como os dados serão arquivados, quem supervisionará o acesso aos dados para assegurar sua confidencialidade?

Os dados coletados ficarão sob responsabilidade do pesquisador. E após sua análise os mesmos serão armazenados em arquivo de computador com acesso somente por senha exclusiva do pesquisador, até a defesa pública da dissertação de mestrado de Jocilene Ferreira Torres, aluna do CPGA/CSE/UFSC - Curso de Pós-Graduação em Administração, Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

G. ASSINATURA:

1) Assinatura _____ Florianópolis, 18 de maio de 2001.
Pesquisador Principal

Anexo I**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos para os devidos fins que no projeto de pesquisa intitulado “GERÊNCIA PARTICIPATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA” comprometemo-nos em tornar público os dados da pesquisa, independentemente se esses mostraram favoráveis ou desfavoráveis à instituição em estudo.

Florianópolis/SC, 05 de Junho de 2001.

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.
Orientadora

Jocilene Ferreira Torres
Mestranda do CPGA/UFSC

Anexo J**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos para os devidos fins que no projeto de pesquisa intitulado “GERÊNCIA PARTICIPATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA” os dados coletados para a pesquisa, vão ficar sob nossa guarda, bem como a sua destinação.

Florianópolis/SC, 05 de Junho de 2001.

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann
Orientadora

Jocilene Ferreira Torres
Mestranda do CPGA/UFSC

Anexo L**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos para os devidos fins que no projeto de pesquisa intitulado “GERÊNCIA PARTICIPATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA” será assegurado a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Florianópolis/SC, 05 de Junho de 2001.

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.
Orientadora

Jocilene Ferreira Torres
Mestranda do CPGA/UFSC